CRISTIAN
MUNTEANU

teste

INTREBARI CU
RASPUNSURI
PREFORMATE DE:

medicină internă

EDIȚIA A II-A

societatea pe acțiuni
Fii Ardealului
— 1990 —

Scanned with OKEN Scanner

CRISTIAN MUNTEANU

TESTE – ÎNTREBĂRI CU RĂSPUNSURI PREFORMATE – DE MEDICINĂ INTERNĂ

(BOLILE APARATULUI RESPIRATOR, BOLILE CARDIOVASCULARE, BOLILE RINICHIULUI, BOLILE HEMATOLOGICE)

EDIȚIA II-A

SOCIETATEA PE ACȚIUNI
„FIII ARDEALULUI"
— 1990 —

Scanned with OKEN Scanner

Toate drepturile asupra acestei lucrări sînt rezervate autorului.
Reproducerea prin orice mijloace a acestei lucrări sau a unor părți din ea fără acordul scris al autorului ei este interzisă.

Revizia lucrării a fost efectuată de:

Dr. **Marcel Popescu** — medic primar ftiziolog, șef de secție, doctor în științe medicale — Spitalul de Ftiziologie Sibiu (patologia respiratorie).

Dr. **Maria Moldovan** — medic principal în specialitatea cardiologie — Secția de Cardiologie — Spitalul județean Sibiu (patologia cardio-vasculară).

Dr. **Ioan Boca** — medic principal în specialitatea medicină internă — Secția Medicală I — Compartimentul de hemodializă cronică — Spitalul Județean Sibiu (patologia renală).

Dr. **Luminița Gheorghe** — medic principal în specialitatea laborator clinic de hematologie — Laboratorul Spitalului Județean Sibiu (patologia hematologică).

Coperta executată de Întreprinderea particulară

Project — Graphic — Design

Arh. Dipl. **Mircea Țibuleac**

PREFAŢĂ

Această încercare este menită să pună la dispoziţia medicilor care se pregătesc pentru examenul de secundariat un instrument prin care să-şi poată verifica nivelul de cunoştinţe de medicină internă. Pentru redactarea întrebărilor s-a utilizat bibliografia recomandată de Ministerul Sănătăţii.

Modalitatea de verificare a nivelului de pregătire al medicilor prin teste cu răspunsuri preformate se foloseşte în ţările dezvoltate de ani de zile. Avantajele sînt corectarea foarte rapidă a lucrărilor şi eliminarea factorului subiectiv din relaţia examinator-examinat.

Aceste pagini sînt un fruct al Revoluţiei, dar şi tipătul promoţiei 1981, generaţia de medici cea mai lipsită de şanse a ultimilor ani.

Adîncă recunoştinţă dascălilor mei: Prof. Dumitru Dumitraşcu, Prof. Ion Ioan Costică şi Dr. Mircea Aleman. Profunde mulţumiri coordonatorului cursului pentru pregătirea medicilor secundari în specialitatea medicină internă din centrul universitar Bucureşti (1989) Prof. Leonida Gherasim, precum şi tuturor cadrelor didactice care au contribuit la susţinerea acestor cursuri a căror valoare o apreciez ca excepţională. Mulţumiri tuturor medicilor primari sub directa îndrumare a cărora mi-am desfăşurat activitatea ca medic secundar în anul 1989 în Clinica Medicală I a Spitalului Clinic al Municipiului Bucureşti: Dr. Lidya Taingiu, Dr. Mioara Rizescu, Dr. Ilie Ţarălungă şi Dr. Constantin Bălandra. Cele mai bune gînduri prietenilor mei, studenţii anilor III şi IV ai facultăţii de Medicină Generală din Bucureşti (an universitar 1989/1990). Călduroase mulţumiri prietenilor şi colegilor care m-au încurajat în realizarea acestei încercări şi mi-au întărit convingerea că ea poate fi utilă medicilor tineri. Mulţumesc familiei mele pentru înţelegerea pe care mi-au arătat-o în perioada redactării lucrării.

Mulţumiri Societăţii pe acţiuni „Fiii Ardealului" care mi-a acordat sprijin moral şi material.

AUTORUL

Scanned with OKEN Scanner

CITEVA OPINII ALE AUTORULUI

Medicina este știință și artă în același timp. Ea are o latură teoretică și una practică. Latura teoretică se deprinde din cărți, cea practică numai la patul bolnavului. Regula se învață din cărți, excepția de la regulă se învață numai din practică. Orice absolutizare a uneia din laturi poate fi dăunătoare prin neglijarea celeilalte. Predominanța laturii teoretice produce tipul medicului savant, iar a celei practice medicul practician pur. Ambele tipuri pot fi periculoase pentru bolnav.

Modalitatea de verificare prin teste absolutizează importanța laturii științifice și a celei teoretice din patrulaterul care formează pregătirea de bază a unui medic. Latura artistică (intuiția, „flerul" diagnostic și parțial creativitatea) și cea practică (spiritul de observație, spiritul de inițiativă) nu pot fi investigate suficient prin aceste teste. Acesta este după părerea mea principalul lor dezavantaj.

Avantajul incontestabil este că testele pot verifica inteligența profesională a unui medic. În viziunea mea inteligența este capacitatea de utilizare a informației; inteligența profesională fiind capacitatea de utilizare a informației profesionale. Aceasta nu presupune existența unui stoc informațional deosebit de bogat, ci mai importantă mi se pare capacitatea de a stabili legături logice între informațiile deținute. Să nu se înțeleagă că pledez pentru „infometarea" informațională! Deținerea informației este o condiție; dar esențială este prelucrarea și utilizarea ei în practică. Din acest punct de vedere utilitatea testelor in verificarea nivelului de pregătire al medicilor este incontestabilă. Ele verifică memoria, atenția, rapiditatea și corectitudinea în gîndire.

Pentru realizarea formei de prezentare a întrebărilor incluse în lucrarea de față autorul a studiat modelele prezentate în volumul „Pre Test Self-Assesment and Review" for use with the 11 th edition of Harrison's Principles of Internal Medicine.

BOLILE APARATULUI RESPIRATOR

ÎNTREBĂRI

Instrucţiune Citiţi cu atenţie fiecare întrebare. Pentru fiecare întrebare sînt sugerate mai multe răspunsuri. Alegeţi un singur răspuns, cel care vi se pare cel mai corect.

1. Un bolnav cu bronşită cronică prezintă la determinarea gazelor sanguine scăderea PaB_2 şi $PaCO_2$ normal. Mecanismul incriminat în această tulburare este:

(A) Hipoventilaţia alveolară.

(B) Inegalitatea raporturilor ventilaţie-perfuzie $\left(\frac{V}{Q}\right)$

(C) Tulburările de difuziune prin membrana alveolocapilară

(D) Scurtcircuitul (şuntul) anatomic dreapta-stînga.

(E) Toate aceste mecanisme participă la realizarea aspectului gazimetric (hipoxemie cu normocapnie) la bolnavul prezentat.

2. Care dintre medicamentele enumerate face parte din categori bronhodilatatoarelor simpaticomimetice neselective (cu acţiune pe alfa şi beta receptorii adrenergici)?

(A) Fenoterol
(B) Salbutamol
(C) Adrenalina
(D) Orciprenalina
(E) Terbutalina

3. Ce procent reprezintă pneumoniile bacteriene din totalul pneumoniilor?

(A) 60%
(B) 70%
(C) 50%
(D) 80%
(E) 90%

Scanned with OKEN Scanner

4. Pneumococul, germenele cel mai frecvent întîlnit în etiologia pneumoniilor bacteriene este:

(A) Bacil gram pozitiv
(B) Bacil gram negativ
(C) Coc gram pozitiv
(D) Coc gram negativ
(E) Cocobacil gram negativ

5. Mortalitatea actuală în pneumonia pneumococică este:

(A) 10%
(B) 5%
(C) 1%
(D) 3%
(E) 7%

6. Care dintre următoarele antibiotice poate fi utilizat în tratamentul pneumoniei determinate de haemophilus influenzae?

(A) Penicilina G.
(B) Tetraciclina
(C) Oxacilina
(D) Kanamicina
(E) Streptomicina

7. Care dintre următoarele antibiotice nu este indicat în tratamentul penumoniei pneumococice?

(A) Penicilina G.
(B) Tetraciclina
(C) Gentamicina
(D) Cefalosporine
(E) Cotrimoxazol

8. Durata tratamentului antibiotic în pneumonia streptococică este de:

(A) 10 zile
(B) 14 zile
(C) 21 zile
(D) Timp de 3—4 zile după defervescență
(E) 7 zile

9. Care dintre aspectele radiologice enumerate este sugestiv pentru pneumonia pneumococică?

(A) Opacitate triunghiulară cu vîrful spre hil
(B) Opacitate rotundă paramediastinală
(C) Opacități nodulare multiple
(D) Opacitate triunghiulară cu vîrful spre periferie

Scanned with OKEN Scanner

(E) Nici unul dintre aspectele menţionate nu este sugestiv pentru pneumonia pneumococică.

10. Junghiul abdominal periombilical, însoţit de vărsături, meningism, convulsii, delir, ca manifestări ale pneumoniei pneumococice apar mai frecvent la:
(A) Alcoolici
(B) Vîrstnici
(C) Copii
(D) Femei
(E) Bărbaţi

11. Care dintre agenţii etiologici enumeraţi produc pneumonii care evoluează frecvent spre abcedare?
(A) Pneumococ
(B) Haemophilus influenzae
(C) Germenii anaerobi
(D) Mycoplasma pneumoniae
(E) Legionella pneumoniae

12. Principalul mecanism prin care fenoterolul acţionează la nivelul musculaturii netede bronşice este:
(A) Stimularea adenilciclazei
(B) Inhibarea fosfodiesterazei
(C) Inhibarea degranulării mastocitare
(D) Stimularea formării de Ac. blocanţi
(E) Acţiune anticolinergică

13. Ce modificări ale gazelor sanguine se întîlnesc într-o criză severă de astm bronşic?
(A) $PaO_2 \downarrow$, $PaCO_2 \downarrow$
(B) $PaO_2 \downarrow$, $PaCO_2$ normală
(C) $PaO_2 \downarrow$, $PaCO_2 \uparrow$
(D) PaO_2 normală $PaCO_2 \downarrow$
(E) PaO_2 normală $PaCO_2 \uparrow$

14. Ce modificări ale volumului rezidual (VR) se întîlnesc într-o criză de astm bronşic?
(A) VR ↑
(B) VR normal
(C) VR ↓
(D) Oricare dintre modificările enumerate la punctele (A), (B), (C) pot fi întîlnite.

15. Care dintre elementele enumerate este esenţial pentru definirea astmului bronşic?
(A) Hiperreactivitatea bronşică la un singur stimul

Scanned with OKEN Scanner

(B) Antecedente de urticarie
(C) Hiperreactivitate bronşică la o multitudine de stimuli.
(D) Reversibilitatea completă a tulburărilor de ventilaţie după trecerea crizei.
(E) Wheezingul expirator.

16. Care dintre reacţiile imune (după clasificarea Gell şi Coombs) este cel mai frecvent întîlnită în patogeneza astmului bronşic extrinsec.
(A) Tip I.
(B) Tip II.
(C) Tip III.
(D) Tip IV.
(E) Toate reacţiile pot fi întîlnite în proporţii egale.

17. Testul de provocare bronşică cu metacolină este considerat pozitiv cînd:
(A) VEMS scade cu 10% faţă de cel iniţial.
(B) VEMS scade cu 15% faţă de cel iniţial.
(C) VEMS scade cu 20% faţă de cel iniţial.
(D) VEMS scade cu 25% faţă de cel iniţial.
(E) VEMS scade cu 30% faţă de cel iniţial.

18. Apariţia pe electrocardiogramă a supradenivelării segmentului ST cu unde T pozitive în derivaţiile D I, D II, D III, aVF, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6, la un bolnav cu pneumonie pneumococică sugerează:
(A) Miocardita.
(B) Endocardita
(C) Infarctul miocardic acut
(D) Pericardita
(E) Insuficienţa cardiacă.

19. Antecedentele de rinită alergică sînt găsite mai frecvent la bolnavii cu:
(A) Astm bronşic intrinsec.
(B) Astm bronşic extrinsec.
(C) La ambele categorii în egală măsură.
(D) Rinita alergică nu apare frecvent în antecendetele bolnavilor cu astm bronşic intrinsec sau extrinsec.

Instrucţiune: Citiţi cu atenţie întrebările:

20—21—22—23—24. Faceţi corelaţie între categoria de medicamente şi principalul mecanism de acţiune.
(20) Beta simpaticomimetice
(21) Metilxantine

Scanned with OKEN Scanner

(22) Corticosteroizi

(23) Hiposensibilizare specifică

(24) Cromoglicat de sodiu

(A) Formarea de Ac blocanți

(B) Împiedicarea degranulării mastocitare.

(C) Stimularea adenilciclazei

(D) Inhibarea fosfodiesterazei

(E) Mecanism complex (antiinflamator, antiexudativ, de „deblocare" a Beta receptorilor, etc.)

Instrucțiune: Citiți cu atenție întrebările care urmează. Alegeți un singur răspuns, cel care vi se pare cel mai corect.

25. Care este cel mai valoros mijloc de diagnostic în pleurezia bacilară?

(A) Examenul clinic

(B) Intradermoreacția la PPD

(C) Puncția biopsie pleurală cu examenul histopatologic al fragmentului pleural.

(D) Examenul radiologic.

(E) Ancheta epidemiologică.

26. Un bolnav în vîrstă de 48 de ani este internat pentru un sindrom lichidian pleural — lichidul este serohemoragic. Bolnavul relatează că a prezentat dureri mari în moletul drept în urmă cu 2 săptămîni pentru care nu a urmat tratament. Pe electrocardiogramă se constată ax QRS la $+110°$ și $R > S$ în V_1. Diagnosticul cel mai probabil este:

(A) Pleurezie neoplazică.

(B) Pleurezie bacilară;

(C) Pleurezie postembolică.

(D) Pleurezie postpneumonică.

(E) Datele furnizate nu permite o orientare diagnostică.

27. O bolnavă în vîrstă de 31 de ani, care prezintă de circa 2 ani un sindrom Raynaud este internată pentru un sindrom lichidian pleural, lichidul este serofibrinos. Bolnava este fumătoare de 10 țigări pe zi de 10 ani. Diagnosticul de probabilitate este:

(A) Pleurezie bacilară.

(B) Pleurezie postembolică.

(C) Pleurezie lupică.

(D) Pleurezie neoplazică.

(E) Datele furnizate nu permit o orientare diagnostică.

Scanned with OKEN Scanner

28. Apariția hemoptiziei la un bărbat de 52 de ani (fumător de 20 țigări/zi de 30 de ani) însoțită de ginecomastie unilaterală conduce la diagnosticul de probabilitate de:
(A) Tuberculoză pulmonară.
(B) Pneumonie acută
(C) Bronșită cronică
(D) Cancer mamar.
(E) Cancer bronhopulmonar.

29. Care formă histologică de cancer bronhopulmonar poate evolua cu opacități nodulare multiple în periferia plămînului?
(A) Cancerul microcelular.
(B) Adenocarcinomul
(C) Cancerul epidermoid.
(D) Cancerul cu celule bronhioloalveolare.
(E) Sarcomul pulmonar.

30. Forma rotundă periferică a cancerului bronhopulmonar trebuie diferențiată de:
(A) Silicoza stadiul II.
(B) Tuberculom.
(C) Pneumonia francă lobară.
(D) Pleurezie.
(E) Toate afecțiunile enumerate la punctele (A), (B), (C), (D).

31. Care dintre medicamentele enumerate nu este tuberculostatic cu eficacitate ridicată (tuberculostatic major)?
(A) Rifampicina.
(B) Izoniazida
(C) Cicloserina.
(D) Streptomicina.

32. Doza de izoniazidă în tratamentul tuberculozei pulmonare în regim de 2/7 este:
(A) 5 mg/kg. corp.
(B) 10 mg/kg. corp.
(C) 15 mg/kg. corp.
(D) 20 mg/kg. corp.
(E) 25 mg/kg. corp.

Instrucțiune: Citiți cu atenție fiecare întrebare. Pentru fiecare întrebare de mai jos sînt trecute mai multe variante de răspuns. Răspundeți cu DA în caz că răspunsul vi se pare corect sau cu NU, dacă răspunsul vi se pare incorect. Pentru întrebările de mai jos toate răspunsurile pot fi corecte, numai unele, sau niciunul.

Scanned with OKEN Scanner

33. Care dintre următoarele semne paraclinice snt semne de prezumpţie pentru diagnosticul pleureziei bacilare.

(A) Limfocitoza 80% (în lichidul pleural).
(B) Examen bacteriologic al sputei pozitiv.
(C) Proteinopleurie >3 g%.
(D) Antecedente personale bacilare.
(E) Examen histopatologic pozitiv.

34. Care dintre criteriile de mai jos defineşte un exsudat pleural?

(A) Densitatea lichidului pleural = 1010.
(B) Concentraţia de proteine în lichidul pleural =3,9 g%.
(C) $\frac{\text{Proteine lichid pleural}}{\text{Proteine serice}} = 0{,}42$
(D) $\frac{\text{LDH pleural}}{\text{DH seric}} = 0{,}84$
(E) Densitatea lichidului pleural =1022.

35. Care dintre drogurile enumerate mai jos pot produce apariţia unor revărsate pleurale?

(A) Methisergide.
(B) Aspirina.
(C) Penicilina.
(D) Nitrofurantoin.
(E) Vitamina B_{12}.

36. Care dintre afecţiunile de mai jos nu sînt incriminate în apariţia unor revărsate pleurale?

(A) Pancreatita acută
(B) Expunerea profesională la asbest.
(C) Spondilita anchilopoetică.
(D) Abcesul hepatic.
(E) Sindromul Reiter.

37. Imaginea radiologică din cancerul bronhopulmonar centrohilar necesită diagnostic diferenţial cu:

(A) Boala Hodgkin.
(B) Sarcoidoza.
(C) Tuberculomul.
(D) Hilul pulmonar de stază.
(E) Aspergilomul.

38. Care dintre afirmaţiile de mai jos referitoare la sindroamele paraneoplazice asociate cancerului bronhopulmonar sînt corecte:

Scanned with OKEN Scanner

(A) Sindroamele paraneoplazice apar la 15—20% din bolnavii cu cancer bronhopulmonar.
(B) Sindroamele paraneoplazice dispar după rezecţia tumorii.
(C) Sindroamele paraneoplazice pot fi cauze directe ale decesului.
(D) Sindroamele paraneoplazice apar la 20—25% din bolnavii cu cancer bronhopulmonar.
(E) Sindroamele paraneoplazice nu constituie niciodată cauze ale decesului şi se menţin după rezecţia tumorii.

39. Care dintre medicamentele tuberculostatice enumerate prezintă toxicitate hepatică?
(A) Rifampicina.
(B) Streptomicina.
(C) Izoniazida.
(D) Etionamida.
(E) Kanamicina.

40. Care dintre medicamentele enumerate mai jos se pot utiliza în tratamentul unei pneumonii pneumococice la un bolnav cu antecedente de şoc anafilactic la penicilină?
(A) Eritromicina.
(B) Tetraciclina.
(C) Gentamicina.
(D) Cefalosporine.
(E) Cotrimoxazol.

41. Care dintre modificările hematologice enumerate pot fi întîlnite la un bolnav cu pneumonie pneumococică?
(A) Leucocitoză.
(B) Neutrofilie.
(C) Deviaţie la dreapta a formulei leucocitare.
(D) Limfocitoză.
(E) Eosinofilie.

42. Care dintre afecţiunile enumerate mai jos pot apare ca o complicaţie a pneumoniei stafilococice?
(A) Empiemul pleural.
(B) Abcesul pulmonar.
(C) Pneumatocelul.
(D) Pneumotoraxul.
(E) Endocardita.

43. Care dintre medicamentele enumerate pot fi utilizate în tratamentul unei pneumonii produsă de Mycoplasma pneumoniae?
(A) Oxacilina.
(B) Tetraciclina.

Scanned with OKEN Scanner

(C) Streptomicina.
(D) Eritromicina.
(E) Penicilina.

44. Care dintre mecanismele enumerate sînt incriminate în patogeneza astmului la efort (astmul indus prin efort sau exercițiu)?
(A) Hipoventilația.
(B) Hiperventilația.
(C) Hipocapnia.
(D) Hipercapnia.
(E) Tulburarea echilibrului dintre receptorii alfa și beta.

45. Care dintre modificările enumerate apar la un bolnav cu stare de rău astmatic?
(A) Scăderea PaO_2.
(B) Scăderea $PaCO_2$.
(C) Acidoza gazoasă.
(D) Tahicardia.
(E) Semne electrocardiografice de supraîncărcare dreaptă.

46. Care dintre criteriile electrocardiografice enumerate sînt sugestive pentru hipertrofia ventriculară dreaptă la un bolnav cu bronșită cronică obstructivă?
(A) Ax QRS peste $+110°$.
(B) Aspect S_1O_3.
(C) Raportul $\frac{R}{S}<1$ în V_1 și V_2.
(D) Aspectul S_1, S_2, S_3.
(E) Raport $\frac{R}{S}<1$ în V_5.

47. Care dintre modificările radiologice enumerate sugerează existența emfizemului pulmonar?
(A) Transparența pulmonară normală.
(B) Dispariția desenului vascular în $\frac{1}{3}$ externă.
(C) Desen peribronhovascular accentuat.
(D) Diafragm imobil.
(E) Cord mic.

48. Care dintre germenii enumerați sînt frecvent întîlniți în etiologia infecțiilor pulmonare apărute la bolnavii cu AIDS (SIDA)?
(A) Pneumocystis carinii.
(B) Candida albicans.
(C) Virusul citomegalic.

Scanned with OKEN Scanner

(D) Legionella pneumoniae.
(E) Mycobacterium avium.
(F) Klebsiella pneumoniae.
(G) Mycobacterium Kansasis.

49. Care dintre formele de tuberculoză enumerate nu fac parte dintre formele secundare (tuberculoză secundară)?
(A) Tuberculoza pulmonară nodulară.
(B) Tuberculoza infiltrativă.
(C) Tuberculozele miliare.
(D) Tuberculoza bronhiilor.
(E) Tuberculozele fibroase.

50. Unui bolnav cu suspiciunea de cancer bronhopulmonar i se efectuează examinarea bronhoscopică ce depistează o tumoră malignă de 3 cm. care a invadat bronhia principală stîngă. Care dintre afirmaţiile de mai jos sînt corecte?
(A) Stadializarea bolii nu se poate face deoarece nu deţinem date despre prezenţa nodulilor (N) şi a metastazelor (M).
(B) Bolnavul are un cancer bronhopulmonar stadiul II.
(C) Bolnavul are un cancer bronhopulmonar stadiul III.
(D) Afectarea bronşiei principale constituie un semn local de invazie care indiferent de prezenţa nodulilor sau metastazelor duce la clasificarea în stadiul III.
(E) Semnele locale ale invaziei sînt: invadarea parietală, diafragmatică, mediastinală, atelectazia parţială, exsudatul pleural şi invadarea bronşiei principale.

Scanned with OKEN Scanner

BOLILE APARATULUI CARDIOVASCULAR
ÎNTREBĂRI

Instrucțiune: Citiți cu atenție fiecare întrebare. Pentru fiecare întrebare sînt sugerate mai multe răspunsuri. Alegeți un singur răspuns, cel care vi se pare cel mai corect.

1. Care dintre următoarele manifestări apărute în cursul tratamentului cu digitală este dată de toxicitatea ei?
(A) Reducerea frecvenței cardiace sub 70/minut.
(B) Tahicardia atrială cu bloc A-V.
(C) Subdenivelări ale segmentului ST.
(D) Negativarea unei T.
(E) Scurtarea intervalului QT.

2. Un bolnav cu infarct miocardic acut prezintă index cardiac = =2,4/1/min/m², presiunea capilară pulmonară =22 mm.Hg și TA =180/ /100 mm.Hg, dispnee inspiratorie, ortopnee, raluri subcrepitante în jumătatea inferioară a ariei pulmonare. Care dintre medicamentele enumerate este indicat ca prim tratament la acest bolnav?
(A) Dextran.
(B) Dopamina.
(C) Nitroprusiat de sodiu
(D) Dobutamina.
(E) Atropina.

3. Un bolnav în vîrstă de 58 de ani fumător și hipertensiv prezintă dureri precordiale de cîteva ore însoțite de transpirații. Pe electrocardiogramă se constată complexe QS, ST supradenivelat și unde T negative în V_1, V_2, V_3.
Diagnosticul este:
(A) I.M.A. anteroseptal.
(B) I.M.A. anterolateral.

Scanned with OKEN Scanner

(C) I.M.A. anteroapical.
(D) I.M.A. lateral înalt.
(E) I.M.A. anterior extins.

4. Care dintre următoarele medicamente este contraindicat la un bolnav hipertensiv cu antecedente personale de astm bronșic?
(A) Furosemid.
(B) Propranolol.
(C) Nifedipina.
(D) Metildopa.
(E) Hidralazina.

5. Un bolnav care prezintă un suflu sistolic apexian are expansiune sistolică a ficatului. Diagnosticul de probabilitate este:
(A) Insuficiență mitrală.
(B) Insuficiență tricuspidă.
(C) Stenoză aortică.
(D) Stenoză pulmonară.
(E) Defect septal ventricular (D.S.V.)

6. Stenoza mitrală postreumatismală se constituie ca valvulopatie cronică (după puseul de RAA) într-un interval de:
(A) 6— 9 luni.
(B) 1— 3 ani.
(C) 1— 3 luni.
(D) 3—10 ani.
(E) 9—12 luni.

7. Cea mai valoroasă metodă paraclinică de diagnostic (neinvaziv) a stenozei mitrale este:
(A) Radiografia cardiopulmonară.
(B) Echocardiografia (modul M. și bidimensională)
(C) Fonocardiografia.
(D) Electrocardiograma.
(E) Determinarea titrului ASLO.

8. Mărirea atriului stîng la un bolnav cu stenoză mitrală poate fi evidențiată prin:
(A) Electrocardiogramă.
(B) Examenul radiologic al esofagului baritat.
(C) Echocardiografia modul M.
(D) Toate investigațiile enumerate la punctele (A), (B) și (C) pot da relații utile privind mărirea atriului stîng.
(E) Numai investigațiile enumerate la punctele (A) și (B) pot aduce date utile privind mărirea atriului stîng.

Scanned with OKEN Scanner

9. Care dintre afirmaţiile următoare referitoare la tratamentul cu digitală al bolnavilor hipertiroidieni este corectă?

(A) Necesarul de digitală al bolnavilor hipertiroidieni este mai mare decît dozele medii uzuale.

(B) Necesarul de digitală al bolnavilor hipertiroidieni este în general egal cu dozele medii uzuale.

(C) Necesarul de digitală al bolnavilor hipertiroidieni este mai mic decît dozele medii uzuale.

(D) Bolnavii hipertiroidieni nu necesită digitală în nici o situaţie.

10. Modificările electrocardiografice directe de infarct miocardic acut inferior apar în:

(A) D.I, D.II, aVL.

(B) D.II, D.III, aVF

(C) D.I, aVL, V_4, V_5, V_6.

(D) D.I, aVL.

(E) D.I, D.II, aVL, V_1, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6.

11. Electrocardiografic, necroza miocardică se poate exprima prin:

(A) Apariţia undelor Q.

(B) Apariţia complexului QS.

(C) Scăderea amplitudinii undei R.

(D) Toate modificările de la punctele (A), (B), (C) pot fi expresia necrozei miocardic.

(E) Supradenivelarea segmentului ST.

12. Care este aspectul electrocardiografic întîlnit la un bolnav în timpul unei crize de angină Prinzmetal?

(A) Subdenivelări: ST reversibile.

(B) Supradenivelări ST reversibile.

(C) Apariţia undei Q.

(D) Unde T negative reversibile.

(E) Subdenivelare ST cu unde T negative reversibile.

13. Care dintre următoarele afirmaţii caracterizează cel mai exact angina Prinzmetal?

(A) Angina Prinzmetal se produce prin spasm care apare pe artere coronare normale.

(B) Angina Prinzmetal se produce prin spasm care apare pe artere coronare cu leziuni aterosclerotice.

(C) Angina Prinzmetal se produce prin spasm care poate apare pe artere coronare normale sau cu leziuni aterosclerotice.

(D) Angina Prinzmetal se produce prin spasm care poate apare pe artere coronare normale sau cu leziuni aterosclerotice; spasmul poate fi indus prin ergonovină.

Scanned with OKEN Scanner

(E) Angina Prinzmetal se produce prin spasm care apare pe artere coronare cu leziuni ateroscleroticе; spasmul poate fi indus prin ergonovină.

14. Un bolnav de 46 de ani cu crize anginoase sporadice de efort prezintă o durere precordială care nu cedează după administrarea a două tablete de nitroglicerină. Care dintre supoziţiile diagnostice de mai jos poate fi exclusă pe baza datelor prezentate?

(A) Angina Prinzmetal
(B) Angina de decubit
(C) Angina stabilă
(D) Angina instabilă
(E) Infarctul miocardic acut.

15. Persistenţa indelungată a supradenivelării segmentului ST la un bolnav după un infarct miocardic acut sugerează:

(A) Pericardita.
(B) Insuficienţa mitrală.
(C) Anevrismul ventricular.
(D) Miocardita.
(E) Sindromul umăr-mînă.

16. Mortalitatea bolnavilor cu IMA încadraţi în clasa III-a clinică după clasificarea Killip şi Kimbal, pe perioada spitalizării este:

(A) 26%
(B) 32%.
(C) 38%.
(D) 44%.
(E) 50%.

17. Apariţia bradicardiei însoţită de hipotensiune la un bolnav cu infarct miocardic acut inferior se tratează cu:

(A) Heparină.
(B) Adrenalină.
(C) Atropină.
(D) Dopamină.
(E) Xilină.

18. Pentru care dintre enzimele enumerate se realizează creşterea cea mai îndelungată a nivelului seric la un bolnav cu I.M.A.?

(A) C.K.
(B) T.G.O.
(C) L.D.H.
(D) C.K.—M.B.
(E) C.K. şi L.D.H.

Scanned with OKEN Scanner

19. Fibrilaţia atrială cu transmitere atrioventriculară rapidă, apărută ca o complicaţie a infarctului miocardic acut se tratează cu:
(A) Xilină.
(B) Atropină.
(C) Digitală.
(D) Nifedipină.
(E) Procainamidă.

20. Frecvenţa atrială în flutterul atrial este de:
(A) 150—240/minut
(B) 240—350/minut
(C) 350—600/minut
(D) 130—150/minut
(E) În funcţie de gravitate frecvenţa atrială poate fi între 130—600/minut.

21. Care este mecanismul prin care glicozizii digitalici acţionează la nivelul fibrei miocardice.
(A) Inhibarea adenilciclazei.
(B) Stimularea miozin-ATP-azei
(C) Inhibarea miozin-ATP-azei
(D) Inhibarea ATP-azei membranare Na-K dependente.
(E) Stimularea ATP-azei membranare Na-K dependente.

22. Care dintre metodele echocardiografice enumerate mai jos are valoarea cea mai mare în diagnosticul stenozei aortice?
(A) Echografia monodimensională.
(B) Echografia bidimensională.
(C) Echo Doppler
(D) Toate metodele enumerate au valoare egală în diagnosticul stenozei aortice.
(E) Valoarea acestor metode în diagnosticul stenozei aortice este foarte redusă.

23. Un bolnav prezintă un suflu sistolic ce pune problema diagnosticului diferenţial între insuficienţa mitrală şi insuficienţa tricuspidiană. Ce explorare alegeţi?
(A) Echo Doppler.
(B) Echografia monodimensională.
(C) Echografia bidimensională.
(D) Electrocardiograma.
(E) Radiografia cardiopulmonară.

24. Un bolnav cu stenoză mitrală este examinat cu echograful monodimensional. Se găseşte o velocitate E—F=20 mm/secundă. Ce concluzie trageţi?

Scanned with OKEN Scanner

(A) Bolnavul nu prezintă stenoză mitrală.
(B) Bolnavul are stenoză mitrală largă.
(C) Bolnavul are stenoză mitrală medie.
(D) Bolnavul are stenoză mitrală strînsă.
(E) Bolnavul are insuficienţă mitrală.

25. Pentru ca tratamentul cu trombostop să fie eficient în prevenirea recidivelor tromboflebitelor profunde indicele de protrombină trebuie să fie:
(A) Între 30—40% din valoarea martorului.
(B) Între 20—30% din valoarea martorului.
(C) Între 10—20% din valoarea martorului.
(D) Sub 10% din valoarea martorului.
(E) Între 40—50% din valoarea martorului.

26. Apariţia unei dispnei „sine materia" la un bolnav cu tromboflebită profundă a membrelor inferioare trebuie să ridice în primul rînd suspiciunea de:
(A) Infarct miocardic acut.
(B) Dispnee nevrotică.
(C) Embolie pulmonară.
(D) Edem pulmonar acut.
(E) Nevralgie intercostală.

Instrucţiune: Citiţi cu atenţie fiecare întrebare. Pentru fiecare întrebare de mai jos sînt trecute mai multe variante de răspuns. Răspundeţi cu DA în caz că răspunsul vi se pare corect sau cu NU, dacă răspunsul vi se pare incorect. Pentru întrebările de mai jos toate răspunsurile pot fi corecte, numai unele, sau niciunul.

27. Care dintre extrasistole ventriculare apărute în cursul infarctului miocardic acut întunecă prognosticul?
(A) Extrasistole monotope cu frecvenţa 4/minut.
(B) Extrasistole monotope cu frecvenţa 6/minut.
(C) Extrasistole bigeminate.
(D) Extrasistole în salve de cîte 3.
(E) Extrasistole monotope care cad la distanţă de unda T precedentă.

28. Care dintre medicamentele enumerate fac parte din categoria nitriţilor cu acţiune prelungită?
(A) Gliceriltrinitrat.
(B) Isosorbid-dinitrat.
(C) Metoprolol
(D) Nifedipină.
(E) Pentaeritrol-tetranitrat.

Scanned with OKEN Scanner

29. Care dintre bolile enumerate reprezintă contraindicaţii pentru administrarea betablocantelor.

(A) Blocul A—V gradul II.
(B) Ulcerul gastric.
(C) Insuficienţa cardiacă.
(D) Ulcerul duodenal.
(E) Sindromul Raynaud .

30. Care dintre următoarele semne pot apare în timpul unei crize de angină pectorală?

(A) Tahicardia.
(B) Suflu sistolic reversibil.
(C) Hipotensiune arterială.
(D) Galop atrial.
(E) Galop ventricular.

31. Care dintre medicamentele de mai jos nu sînt blocante ale canalelor de calciu:

(A) Nifedipina.
(B) Acebutolul.
(C) Diltiazem.
(D) Nitroglicerina.
(E) Verapamil.

32. Care dintre afirmaţiile de mai jos sînt incorecte:

(A) Blocul A-V de grad II care apare la un bolnav cu I.M.A. care prezintă unde Q din V_1 pînă în V_6 se datorează edemului inflamator şi are prognostic bun.

(B) Blocul A-V de grad III care apare la un bolnav cu IMA care prezintă unde Q în D.II, D.III şi aVF se datorează distrugerii sistemului excitoconductor şi are prognostic rezervat.

(C) Blocul A-V de grad II care apare la un bolnav cu IMA care prezintă unde Q în D.II, D.III, aVF şi V_4, V_5, V_6 se datorează edemului inflamator şi are prognostic bun.

(D) Blocul A-V de grad III care apare la un bolnav cu IMA care prezintă unde Q din V_1 pînă în V_6 se datorează distrugerii sistemului excitoconductor şi are prognostic rău.

(E) Bradicardia sinusală ce apare la un bolnav cu I.M.A. care prezintă unde Q în D.II, D.III, aVF nu cedează de regulă la administrarea de atropină şi necesită cardiostimulare temporară.

33. Care dintre următoarele afirmaţii despre blocul A-V de gradul I sînt incorecte?

(A) Toate impulsurile atriale sînt conduse la ventriculi.
(B) Blocul A-V de gradul I poate apare şi la persoane sănătoase.

Scanned with OKEN Scanner

(C) Intervalul PQ în blocul A-V de gradul I este mai mare de 0,21 s.

(D) Prezența blocului A-V de gradul I denotă întotdeauna existența unei boli cardiace.

(E) În blocul A-V de gradul I numai o parte din impulsurile atriale sînt conduse la ventriculi.

34. Care dintre afirmațiile următoare referitoare la flutterul atrial sînt adevărate?

(A) Dilatația atriului sting prin stenoză mitrală favorizează apariția și menținerea flutterului atrial.

(B) Dilatația atriului sting prin insuficiență mitrală nu favorizează apariția și menținerea flutterului atrial.

(C) Ritmul ventricular constatat la auscultația cordului este întotdeauna neregulat.

(D) Undele „F" care apar pe electrocardiogramă au o frecvență de 400—600/minut.

(E) Compresiunea sinusului carotidian crește gradul blocului A-V și undele F devin vizibile.

35. Care dintre afirmațiile următoare referitoare la fibrilația atrială sînt adevărate?

(A) Ritmul ventricular este neregulat; frecvența; ventriculară variază între 60—150/minut.

(B) Fibrilația atrială apare numai la persoane cu boli cardiace.

(C) Undele „f" se observă cel mai bine în derivațiile D.I, D.II, aVF.

(D) Fibrilația atrială apare în 5% din cazuri la persoane sănătoase (aparent sănătoase).

(E) Frecvența undelor „f" pe electrocardiogramă este de 200—350/minut.

36. Care dintre medicamentele de mai jos sînt indicate în tratamentul fibrilației atriale cu frecvență ventriculară rapidă la un bolnav cu insuficiență ventriculară stîngă?

(A) Propranolol
(B) Chinidina
(C) Digoxin
(D) Deslanosid
(E) Nifedipina

37. Care dintre afirmațiile următoare, referitoare la tahicardiile paroxistice supraventriculare sînt adevărate?

(A) Tahicardiile paroxistice supraventriculare apar numai la persoane sănătoase.

(B) Frecvența cardiacă este de 140—220/minut.

(C) Manevrele vagale pot opri tahicardiile paroxistice supraventriculare, mai ales cele prin reintrare.

Scanned with OKEN Scanner

(D) Tahicardiile paroxistice supraventriculare apar numai la persoane cu boli cardiace.

(E) Ritmul cardiac este regulat în tahicardiile paroxistice supraventriculare prin reintrare.

38. Care dintre mijloacele terapeutice enumerate pot fi utilizate în tratamentul unui bolnav cu insuficienţă cardiacă ce prezintă o tahicardie paroxistică supraventriculară? (bolnavul nu a fost digitalizat în ultimele 2 luni).

(A) Verapamil
(B) Diltiazem
(C) Propranolol
(D) Compresiunea sinusului carotidian
(E) Manevra Valsalva

39. Care dintre medicamentele enumerate au efect venodilatator predominant?

(A) Prazosin
(B) Molsidomina
(C) Captopril
(D) Nitroprusiat de sodiu
(E) Nitroglicerina.

40. Pentru care dintre medicamentele de mai jos hiperkaliemia reprezintă efectul advers cel mai important?

(A) Diuretice tiazidice
(B) Spironolactona
(C) Furosemid
(D) Triamteren
(E) Amilorid

41. La un bolnav cu insuficienţă cardiacă explorările hemodinamice au evidenţiat: scăderea marcată a debitului cardiac, creşterea marcată a rezistenţei periferice, presiunile capilară pulmonară şi în artera pulmonară uşor crescute, presiunea în atriul drept normală. Care dintre afirmaţiile de mai jos despre tratamentul acestui bolnav sînt corecte?

(A) Este indicat un tratament cu vasodilatatoare venulare.

(B) Este indicat un tratament cu vasodilatatoare arteriolare.

(C) Este indicat un tratament cu vasodilatatoare mixte (veno-arteriolare).

(D) Orice medicament vasodilatator este indicat (venodilatator, arteriolodilatator sau mixt).

(E) Niciunul dintre medicamentele vasodilatatoare (venodilatator, arteriolodilatator sau mixt) nu este indicat.

Scanned with OKEN Scanner

42. Care dintre afirmaţiile următoare privind examinarea echocardiografică la un bolnav cu insuficienţă mitrală sînt adevărate?

(A) Echocardiografia monodimensională aduce date privind dimensiunile cavităţilor cardiace.

(B) Echocardiografia monodimensională poate furniza date privind etiologia insuficienţei mitrale.

(C) Echocardiografia Doppler poate fi utilă pentru cuantificarea regurgitaţiei.

(D) Echecardiografia monodimensională oferă semne directe de insuficienţă mitrală.

(E) Echocardiografia bidimensională poate vizualiza în unele cazuri închiderea incompletă a valvelor în sistolă.

43. Care dintre medicamentele de mai jos sînt de elecţie în encefalopatia hipertensivă?

(A) Spironolactona
(B) Propranolol
(C) Diazoxid
(D) Nefrix
(E) Nitroprusiat de sodiu

44. Care dintre situaţiile clinice prezentate constituie factori favorizanţi pentru apariţia unei tromboflebite profunde?

(A) Cancerul ovarian.
(B) Policitemia vera.
(C) Sindromul nefrotic.
(D) Hipertiroidismul.
(E) Tratamentul cu contraceptive orale.

45. La un bolnav cu tromboflebită profundă a membrelor tromboliza medicamentoasă se poate realiza cu:

(A) Trombostop
(B) Streptokinaza
(C) Heparina
(D) Urokinaza
(E) Aspirina

46. Care dintre situaţiile enumerate pot constitui factori favorizaţi pentru apariţia insuficienţei cardiace?

(A) Efortul fizic.
(B) Tratamentele cu A.I.N.S.
(C) Tulburările de ritm.
(D) Pneumoniile
(E) Anemia Biermer

Scanned with OKEN Scanner

42. Care dintre afirmaţiile următoare privind examinarea echocardiografică la un bolnav cu insuficienţă mitrală sînt adevărate?

(A) Echocardiografia monodimensională aduce date privind dimensiunile cavităţilor cardiace.

(B) Echocardiografia monodimensională poate furniza date privind etiologia insuficienţei mitrale.

(C) Echocardiografia Doppler poate fi utilă pentru cuantificarea regurgitaţiei.

(D) Echecardiografia monodimensională oferă semne directe de insuficienţă mitrală.

(E) Echocardiografia bidimensională poate vizualiza în unele cazuri închiderea incompletă a valvelor în sistolă.

43. Care dintre medicamentele de mai jos sînt de elecţie în encefalopatia hipertensivă?

(A) Spironolactona
(B) Propranolol
(C) Diazoxid
(D) Nefrix
(E) Nitroprusiat de sodiu

44. Care dintre situaţiile clinice prezentate constituie factori favorizanţi pentru apariţia unei tromboflebite profunde?

(A) Cancerul ovarian.
(B) Policitemia vera.
(C) Sindromul nefrotic.
(D) Hipertiroidismul.
(E) Tratamentul cu contraceptive orale.

45. La un bolnav cu tromboflebită profundă a membrelor tromboliza medicamentoasă se poate realiza cu:

(A) Trombostop
(B) Streptokinaza
(C) Heparina
(D) Urokinaza
(E) Aspirina

46. Care dintre situaţiile enumerate pot constitui factori favorizaţi pentru apariţia insuficienţei cardiace?

(A) Efortul fizic.
(B) Tratamentele cu A.I.N.S.
(C) Tulburările de ritm.
(D) Pneumoniile
(E) Anemia Biermer

Scanned with OKEN Scanner

47. În care dintre situaţiile enumerate de oprire cardiorespiratorie administrarea calciului este recomandată:

(A) În infarctul miocardic acut.
(B) La persoane sub 40 de ani.
(C) În caz de hiperpotasemie.
(D) În caz de asistolie.
(E) În fibrilaţia ventriculară.

48. Care dintre următoarele afirmaţii, referitoare la endocardita cu hemoculturi negative sînt incorecte:

(A) Endocardita cu hemoculturi negative constituie 15—30% din totalul endocarditelor.
(B) Mortalitatea este mai mare decît în formele cu hemoculturi pozitive.
(C) Endocardita cu hemoculturi negative se localizează mai frecvent pe valvele aortice decît cele cu hemoculturi pozitive.
(D) Splenomegalia este mai frecventă decît în formele cu hemoculturi pozitive.
(E) Tratamentul este de regulă mai eficient decît în formele cu hemoculturi pozitive, cu condiţia să fie aplicat precoce şi în doze şi durată corespunzătoare.

49. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la endocarditele fungice sînt adevărate?

(A) Poarta de intrare a infecţiei este de obicei cea pulmonară.
(B) Candida şi Aspergillus determină o mică parte dintre endocarditele fungice.
(C) Prognosticul acestei forme de endocardită este în general bun.
(D) Ocluzia embolică a arterelor membrelor inferioare se întîlneşte frecvent ca o complicaţie a endocarditei fungice.
(E) Endocardita fungică poate apare după intervenţii chirurgicale pe cord.

Instrucţiune: Citiţi cu atenţie întrebările care urmează; Vi se cere să faceţi corelaţii între categoria de informaţii numerotate ca întrebări şi cele figurate cu litere. Alegeţi o singură variantă notată cu literă pentru fiecare întrebare, cea care vi se pare cea mai corectă. Variantele de răspuns marcate cu litere pot fi corecte pentru o întrebare, mai multe întrebări, sau pot fi incorecte. Întrebările 50—51—52—53—54—55.

Care este mecanismul principal de acţiune al următoarelor medicamente?

50. Clonidina.

51. Propranolol.

Scanned with OKEN Scanner

52. Verapamil.

53. Labetalol.

54. Captopril.

55. Hidralazina.

(A) Blocarea receptorilor beta.
(B) Blocarea transformării angiotensinei I în angiotensină II.
(C) Acţiune arteriolodilatatoare directă.
(D) Acţiune alfa agonistă centrală.
(E) Blocarea canalelor de calciu.
(F) Blocarea alfa şi beta receptorilor.

Întrebările: 56—57—58—59

Faceţi corelaţii între medicamentele enumerate şi efectele adverse care le pot fi atribuite.

56. Spironolactona

57. Metildopa

58. Clonidina

59. Nefrix

(A) Hiperuricemie
(B) Constipaţie
(C) Ginecomastie
(D) Anemie hemolitică

Întrebările: 60—61—62—63

Faceţi corelaţii între bolile enumerate şi complicaţiile care le pot fi atribuite.

60. Stenoza mitrală.

61. Stenoză aortică.

62. Tromboflebită ileo-femurală.

63. HTA esenţială stadiul III.

(A) Accident vascular cerebral hemoragic.
(B) Sincopă de efort.
(C) Accident vascular cerebral embolic.
(D) Embolie pulmonară.

Întrebările: 64—65—66—67

Faceţi corelaţii între tipurile etiologice de endocardite şi tratamentul indicat fiecăreia.

64. Endocardita cu streptococ viridans.

65. Endocardita cu stafilococ secretor de penicilinaza.

Scanned with OKEN Scanner

66. Endocardita micotică.

67. Endocardita cu germeni gram negativi.
(A) Gentamicina.
(B) Penicilina G.
(C) Meticilina.
(D) Amfotericina B

Întrebările: 68—69—70—71—72—73
Faceţi corelaţii între tablourile clinice descrise şi electrocardiogramele care le corespund.

68. Bolnav în vîrstă de 58 de ani, fumător, tuşitor cronic, dispeic, cianotic, cu edeme ale membrelor inferioare.

69. Bolnav cu antecedente de lues, cu suflu diastolic la focarul aortic şi TA =190/60 mm.Hg.

70. Un sportiv valoros, campion olimpic la ciclism avînd frecvenţa cardiacă de repaus de 48 bătăi/minut.

71. Un bolnav care are dureri precordiale puternice de 4 ore.

72. Un candidat la examenul de secundariat care a fumat 5 ţigări.

73. Un bolnav cu insuficienţă renală croniă stadiul III. care a consumat un kilogram de banane.
(A) Electrocardiogramă cu axul QRS la 0°, interval PQ =0,23 secunde şi cu unde T simetrice, ascuţite în V_2, V_3, V_4.
(B) Electrocardiogramă cu axul QRS la +60°, cu extrasistole atriale monofocale pe traseu.
(C) Electrocardiogramă cu axul QRS la —15°, cu unde S adînci în V_1 şi V_2 şi unde R înalte în V_4, V_5, V_6, segmentul ST subdenivelat. şi unda T negativă în V_4, V_5, V_6.
(D) Electrocardiogramă cu axul QRS la 0°, segment ST supradenivelat şi unda T negativă în D.I, aVL şi V_1, V_2, V_3
(E) Electrocardiogramă cu axul QRS la 0° cu unde T simetrice, ascuţite mai mari decît undele R în derivaţiile V_1, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6.
(F) Electrocardiogramă cu axul QRS la plus 110° cu R>S în V_1 V_2 şi S>R în V_5, V_6.

Scanned with OKEN Scanner

BOLILE RINICHIULUI — ÎNTREBĂRI

Instrucţiune: Citiţi cu atenţie fiecare întrebare. Pentru fiecare întrebare sînt sugerate mai multe răspunsuri. Alegeţi un singur răspuns, cel care vi se pare cel mai corect.

1. Un bolnav este internat pentru artralgii, purpura cutanată dureri abdominale difuze. La examenul de urină se depistează existenţa unei hematurii microscopice. Diagnosticul de probabilitate este:

(A) Glomerulonefrită acută difuză.
(B) Glomerulonefrită acută focală
(C) Sindrom Henoch-Schönlein
(D) Nefropatie interstiţială urică
(E) Hemofilie

2. Pentru care dintre infecţiile enumerate există dovezi certe că produce glomerulonefrită acută cu depunere de complexe imune?

(A) Mononucleoză infecţioasă
(B) Endocardita cu hemoculturi negative
(C) Varicela
(D) Febra Denga
(E) Lepra

3. Care dintre cilindri găsiţi la examenul sedimentului urinar au cea mai mare valoare în diagnosticul unei glomerulonefrite?

(A) Cilindri hialini
(B) Cilindri epiteliali
(C) Cilindri granuloşi
(D) Cilindri hematici
(E) Cilindri hemoglobinici

4. Un bolnav este internat pentru febră, dureri lombare, polakiurie. Prezintă bacteriurie semnificativă, leucociturie şi hematurie microsco-

Scanned with OKEN Scanner

pică. Densitatea urinară (în micţiuni separate) este 1013—1006-1009--1014-1013. Datele enunţate sugerează diagnosticul:

(A) Infecţie urinară joasă.
(B) Infecţie urinară înaltă
(C) Glomerulonefrită acută
(D) Nefropatie interstiţială
(E) Litiază renală

5. Care dintre situaţiie enumerate reprezintă indicaţie pentru aplicarea hemodializei la un bolnav cu insuficienţă renală acută?

(A) Uree plasmatică >100 mg%
(B) K plasmatic >6 mEq/1
(C) Bicarbonat plasmatic <20 mEq/1
(D) Simptomatologie uremică (greţuri, vărsături)
(E) Na urinar <20 mEq/1

6. Un bolnav internat într-un serviciu de medicină internă prezintă ulcer duodenal şi dureri osoase difuze. Radiografia renală pe gol depistează existenţa unei opacităţi care se proiectează pe aria renală stîngă. Bolnavul prezintă valori crescute ale calciuriei. Diagnosticul de probabilitate este:

(A) Hipercalciurie idiopatică
(B) Hiperparatiroidism primar
(C) Nefrolitiază calcică asociată cu ulcer duodenal
(D) Nefrolitiază urică asociată cu ulcer duodenal
(E) Datele furnizate nu permit o orientare diagnostică

7. Prezenţa la un bolnav cu nefrolitiaza a unor resorbţii corticale subperiostale la nivelul falangelor şi a unor semne radiologice (directe şi indirecte) de ulcer duodenal sugerează diagnosticul

(A) Hipercalciurie idiopatică
(B) Hiperparatiroidism primar
(C) Sugerează o afecţiune neoplazică
(D) Sindrom Zollinger-Ellison
(E) Datele furnizate nu permit o orientare diagnostică.

8. Care dintre germenii enumeraţi apare cel mai frecvent ca agent etiologic al infecţiilor urinare necomplicate de tract urinar?

(A) Klebsiella pneumoniae
(B) Pseudomonas aeruginosa
(C) Escherichia coli
(D) Proteus
(E) Serratia

Scanned with OKEN Scanner

9. Care dintre germenii enumeraţi nu secretă urează?
(A) Proteus
(B) Klebsiella pneumoniae
(C) Micobacterium tuberculosis
(D) Pseudomonas aeruginosa
(E) Escherichia coli

10. Care dintre căile de propagare enumerate este modalitatea cea mai frecventă de infectare a parenchinului renal?
(A) Calea hematogenă
(B) Calea ascendentă
(C) Calea limfatică
(D) Toate căile de la punctele (A), (B), (C) sînt la fel de frecvent întîlnite în practică.

11. Un bolnav cu insuficienţă renală acută prezintă pe electrocardiogramă unde T înalte simetrice şi ascuţite şi complex QRS lărgit. Care dintre medicamentele enumerate este contraindicat la acest bolnav?
(A) Furosemid
(B) Manitol
(C) Triamteren
(D) Nefrix
(E) Hidralazină

12. Un bolnav cu insuficienţă renală cronică prezintă o densitate urinară =1010 şi o valoare a clearence-ului de creatinină de 8 ml/minut, Care dintre afirmaţiile de mai jos este corectă?
(A) Numărul de nefroni funcţionali este de 80%
(B) Numărul de nefroni funcţionali este de 50%
(C) Numărul de nefroni funcţionali este de 35—50%
(D) Numărul de nefroni funcţionali este sub 25%
(E) Nu se poate aprecia cantitativ restantul funcţional renal după datele prezentate.

Instrucţiune: Citiţi cu atenţie fiecare întrebare. Pentru fiecare întrebare de mai jos sînt trecute mai multe variante de răspuns. Răspundeţi cu DA în caz că răspunsul vi se pare corect sau cu NU, dacă răspunsul vi se pare incorect. Pentru întrebările de mai jos toate răspunsurile pot fi corecte, numai unele, sau niciunul.

13. Care dintre tipurile de streptococ B hemolitic de grup A au potenţial nefritigen:
(A) 12
(B) 4
(C) 39

Scanned with OKEN Scanner

(D) 24
(E) 3

14. Care dintre afirmaţiile de mai jos, referitoare la hematuria întîlnită într-o glomerulonefrită acută difuză vi se par corecte?

(A) Hematuria apare ca o consecinţă a creşterii permeabilităţii capilare şi a ruperii lor.

(B) În 1,4—12% din cazurile de glomerulonefrită acută hematuria poate lipsi.

(C) Persistenţa hematuriei peste 45 de zile indică de regulă cronicizarea.

(D) Hematuria întîlnită într-o glomerulonefrită acută difuză este exclusiv macroscopica.

(E) Hematuria ce apare într-o glomerulonefrită acută poate fi microsau macroscopică.

15. Criteriile histologice pentru diagnosticul glomerulonefritei acute difuze poststreptococice includ:

(A) Proliferare mezangială şi endotelială difuză.
(B) Proliferare extracapilară
(C) Prezenţa de humps-uri („cocoaşe")
(D) Prezenţa polinuclearelor în lumenul capilar
(E) Prezenţa de semilune

16. Care dintre modificările biologice de mai jos apar în glomerulonefrita acută difuză poststreptococică?

(A) Scăderea titrului ASLO
(B) Creşterea titrului complementului seric total
(C) Scăderea titrului fracţiunii C_3 a complementului
(D) Na^+ seric scăzut
(E) Cl^- seric crescut

17. Apariţia insuficienţei renale acute, ca o complicaţie a unei glomerulonefrite acute difuze se tratează cu:

(A) Manitol
(B) Transplant renal
(C) Furosemid
(D) Hemodializă
(E) Heparină

18. Pentru care dintre infecţiile enumerate există dovezi incerte ca produc glomerulonefrite cu complexe imune?

(A) Endocardita cu stafilococ auriu
(B) Toxoplasmoza
(C) Hepatita virală B

Scanned with OKEN Scanner

(D) Tuberculoza
(E) Osteomielita

19. Presupunem că avem de făcut diagnosticul diferențial între o glomerulonefrită acută și o glomerulonefrită cronică în puseu acut. Care dintre semnele enumerate pledează pentru glomerulonefrita acută?
(A) Exsudate și hemoragii la examenul fundului de ochi.
(B) Anemie normocromă, normocitară
(C) Densitatea urinară spontană >1020
(D) Pe electrocardiograma unde S adînci în V_1 și V_2 și unde R înalte în V_5, V_6 ; $S_{V_1}+R_{V_6}$ =50 mm
(E) Creșterea alfa 2 globulinelor serice.

20. Care dintre medicamentele enumerate sînt contraindicate în pielonefrită acută gravidică?
(A) Cotrimoxazol
(B) Penicilina G
(C) Acid nalidixic
(D) Ampicilina
(E) Kanamicina

21. Care dintre aspectele radiologice enumerate sînt sugestive pentru o pielonefrită acută?
(A) Reducerea globală a dimensiunilor umbrelor renale.
(B) Hipotonia caliceală
(C) Hipotonia ureterală
(D) Hidronefroza
(E) Turtirea, neregularitatea și dilatația sistemului pielocaliceal.

22. Necroza papilară (papilita necrozantă acută), complicație severă a pielonefritelor acute apare mai frecvent la următoarele categorii de bolnavi:
(A) Gravide
(B) Diabetici
(C) Bolnavii cu adenom de prostată
(D) Consumatorii cronici de analgetice
(E) În pielonefritele determinate de escherichia coli.

23. Care dintre bolile enumerate pot apare ca și complicații ale pielonefritelor acute?
(A) Insuficiența renală acută
(B) Necroza papilară
(C) Pionefroza
(D) Flegmonul perinefretic
(E) Septicopioemia

Scanned with OKEN Scanner

24. Care dintre următoarele afirmaţii privitoare la măsurile generale de tratament în pielonefritele acute nu sînt corecte?

(A) Aportul de lichide va fi de cel puţin 2 l/zi

(B) Regimul alimentar va fi hiposodat chiar în absenţa hipertensiunii arteriale

(C) Reglarea tranzitului intestinal se va face prin purgative uşoare sau clisme

(D) Repausul la pat circa 14—21 zile după obţinerea afebrilităţii

(E) Căldura umedă este contraindicată

25. Care sînt germenii cel mai frecvent întîlniţi în etiologia pielonefritelor acute descendente (hematogene)?

(A) Stafilococul auriu

(B) Escherichia coli

(C) Enterococul

(D) Pseudomonas aeruginosa

(E) Klebsiella pneumoniae

26. Un bolnav este internat într-un serviciu de terapie intensivă pentru o insuficienţă renală acută care pune problema diagnosticului diferenţial între o insuficienţă renală funcţională (prerenală) şi una organică. Care dintre elementele enumerate pot susţine diagnosticul de insuficienţă renală acută funcţională?

(A) Osuolaritatea urinară $=550$ mOsm/kg.H_2O

(B) $\frac{\text{Creatinina urinară}}{\text{Creatinina serică}} < 20$

(C) $\frac{\text{Uree urinară}}{\text{Uree serică}} > 10$

(D) Na^+ urinar >40 mEq/l

(E) K^+ seric $>5{,}5$ mEq/l

27. Care dintre afirmaţiile următoare, referitoare la relaţiile dintre kaliemie şi insuficienţa renală acută vi se par corecte?

(A) Acidoza metabolică favorizează creşterea K^+ în spaţiul extracelular.

(B) Azotemia împiedică creşterea ionului K^+ în spaţiul extracelular.

(C) Valoarea normală a kaliemiei la un bolnav cu insuficienţă renală acută şi acidoza metabolică severă traduce de fapt o carenţă de potasiu şi impune suplimentarea terapeutică de potasiu.

(D) Hemodializa este indicată cînd K seric $<6{,}5$ mEq/l

(E) Administrarea de glucoză şi insulină favorizează trecerea potasiului din spaţiul intracelular în spaţiul extracelular.

Scanned with OKEN Scanner

28. Care dintre metodele enumerate se pot utiliza în tratamentul unei hiperkaliemii survenită la un bolnav cu insuficiență renală acută?
(A) Glucoza hipertonă tamponată cu insulină i.v.
(B) Bicarbonat de sodiu i.v.
(C) Gluconat de calciu i.v.
(D) Hemodializa
(E) Dializa peritoneală

29. Care dintre situațiile enumerate favorizează apariția litiazei renale?
(A) Hipercalciuria idiopatică
(B) Diabetul insipid
(C) Munca în condiții de temperatură ridicată.
(D) Infecțiile urinare cu proteus
(E) Acidoza renală

30. Care dintre următoarele medicamente (administrate îndelungat) pot favoriza apariția litiazei renale?
(A) Acetazolamida
(B) Acidul ascorbic
(C) Vitamina B_1
(D) Hidroxidul de aluminiu
(E) Alopurinol

31. Care dintre calculii renali enumerați nu sînt vizibili pe radiografia renală simplă?
(A) Calculii de acid uric
(B) Calculii de fosfat de calciu
(C) Calculii de oxalat de calciu
(D) Calculii de xantină
(E) Calculii de fosfați amniacomagnezieni

32. Care dintre bolile enumerate pot apare ca și complicații ale nefrolitiazei?
(A) Nefrita litiazică
(B) Hidronefroza litiazică
(C) Rinichiul mic scleroatrofic
(D) Anuria calculoasă
(E) Uropionefroza

33. Care dintre afirmațiile de mai jos, referitoare la bacteriurie sînt corecte?
(A) Femeile măritate au bacteriurie semnificativ crescută față de cele necăsătorite.
(B) 40% din gravidele cu bacteriurie asimptomatică pot face în cursul sarcinii unul sau mai multe episoade de pielonefrită.

Scanned with OKEN Scanner

(C) În primul an de viață bacteriuria este dominantă la fetițe
(D) Bărbații între 20—40 de ani au bacteriurie în proporție similară cu femeile de aceeași vîrstă.
(E) Incidența bacteriuriei la bărbați crește la vîrste peste 70 de ani.

34. Care dintre situațiile enumerate constituie factori predispozanți pentru apariția unei pielonefrite:
(A) Rinichiul polichistic
(B) Refluxul pielocaliceal
(C) Graviditatea
(D) Sexul masculin
(E) Nefrocalcinoza

35. Care dintre glomerulonefritele enumerate evoluează cu scăderea titrului complementului total?
(A) Glomerulonefrita acută poststreptococică
(B) Sindromul Goodpasture
(C) Glomerulonefrita membranoproliferativă
(D) Glomerulonefrita lupică
(E) Glomerulonefrita cu depozite de IgA (Berger)

36. Care dintre elementele enumerate pot susține un diagnostic de pielonefrită cronică?
(A) Scăderea osmolarității urinare sub 500 mOsmoli/kgH_2O
(B) Acidoza hipercloremică
(C) Natriureza >300 mEq/24 ore
(D) Hematurie microscopică superioară (cantitativ) leucocituriei.
(E) Proteinurie 0,8 g/24 ore cu predominanța gamaglobulinelor

37. Care dintre modificările radiologice enumerate sugerează existența pielonefritei cronice?
(A) Creșterea globală a dimensiunilor umbrelor renale
(B) Conturul neregulat al rinichilor
(C) Existența hidronefrozei
(D) Existența cicatricei corticale asociată cu subțierea și turtirea papilei subiacente
(E) Existența hidroureterului

38. Care dintre mecanismele patogenice enumerate contribuie la apariția anemiei renale?
(A) Deficitul de eritropoetină
(B) Hemoliza
(C) Carența de factori de maturație ai nucleului eritroblastului
(D) Tulburările de utilizare a fierului
(E) Pierderile de sînge

Scanned with OKEN Scanner

39. La un bolnav cu pielonefrită cronică se constată apariţia pe electrocardiogramă a următoarelor modificări: alungirea segmentului QT, aplatizarea undei T şi subdenivelarea segmentului ST. Care dintre factorii enumeraţi mai jos ar fi putut contribui la apariţia acestor modificări:

(A) Tratament cu nefrix
(B) Tratament cu laxative
(C) Aport excesiv de alcaline
(D) Tratament cu spironolactonă
(E) Administrarea abuzivă de glucoză

40. Care dintre semnele enumerate se pot întîlni la un bolnav cu insuficienţa renală cronică stadiul IV care prezintă osteopatie renală?

(A) Ca^{2+} plasmatic =7 mg%
(B) Fosfor plasmatic =4 mg%
(C) Scăderea parathormonului plasmatic
(D) Creşterea fosfatazelor alcaline serice
(E) Alungirea intervalului QT pe electrocardiogramă

41. Care dintre situaţiile enumerate pot determina agravări ale insuficienţei renale cronice?

(A) Hiperuricemia
(B) Hipocalcemia
(C) Hipokaliemia
(D) Hiponatremia
(E) Necroza papilară

42. Un bolnav în vîrsta de 52 de ani, obez, cu repetate artrite acute metatarsofalangiene ale halucelui, prezintă dureri colicative de mare intensitate în lomba dreaptă iradiate pe traiect ureteral drept şi însoţite de polakiurie şi disurie. Care dintre datele paraclinice enumerate sînt compatibile cu tabloul clinic prezentat?

A) Urina: pH =5, hematii 300.000/minut, cristale de fosfat de calciu, radiografia renală simplă nu evidenţiază calculi.

B) Urina: pH =5, hematii 15.000/minut, cristale de acid uric, radiografia renală simplă nu evidenţiază calculi.

C) Urina: pH =7,6, hematii 100.000/minut, cristale de fosfat de calciu, radiografia renală simplă evidenţiază o opacitate proiectată pe aria renală dreaptă.

D) Urina: pH =7,6 hematii 200.000/minut, cristale de acid uric, radiografia renală simplă nu evidenţiază calculi.

E) Urina pH =5, hematii 50.000/minut, cristale de acid uric, radiografia renală simplă evidenţiază o opacitate proiectată pe aria renală dreaptă.

Scanned with OKEN Scanner

Instrucţiune: Citiţi cu atenţie următoarele întrebări: Faceţi corelaţie între bolile prezentate şi modificările urinare care le corespund. Fiecare dintre modificările urinare poate corespunde unui tablou clinic, mai multora sau niciunuia.

Întrebările 43—44—45—46

43. Pielonefrita acută

44. Glomerulonefrita acută

45. Pielonefrita cronică

46. Glomerulonefrita cronică

A) Leucocite 10.000/minut, hematii 50.000/minut, densitate urinară =1025, proteinurie 1 g/24 ore.

B) Leucocite 10.000/minut, hematii 50.000/minut, densitate urinară =1015, proteinurie 1 g/24 ore.

C) Leucocite =100.000/minut, hematii 15.000/minut, densitate urinară =1025, proteinurie = absentă.

D) Leucocite =100.000/minut, hematii 15.000/minut, densitate urinară =1015, proteinurie =1 g/24 ore.

Întrebările: 47—48—49—50

47. Diabet zaharat (glicozurie =30 g/1)

48. Sindrom nefrotic (proteinurie =30 g/l)

49. Diabet insipid

50. Cistita acută

51. Insuficienţă renală cronică st. III

A) Densitate urinară =1024

B) Densitate urinară =1010

C) Densitate urinară =1040

D) Densitate urinară =1003

Scanned with OKEN Scanner

BOLILE HEMATOLOGICE — ÎNTREBĂRI

Instrucțiune: Citiți cu atenție fiecare întrebare. Pentru fiecare întrebare sînt sugerate mai multe răspunsuri. Alegeți un singur răspuns, cel care vi se pare cel mai corect.

1. Aspectul de hipersegmentare a nucleului granulocitelor este caracteristic pentru:
   (A) Anemiile feriprive
   (B) Anemiile posthemoragice acute
   (C) Anemiile megaloblastice
   (D) Anemiile hemolitice
   (E) Toate formele de anemii enumerate.

2. Rezervele de vitamină B_{12} ale organismului uman sînt de:
   (A) 500—1000 μg
   (B) 1000—1500 μg
   (C) 1500—2000 μg
   (D) 2000—5000 μg
   (E) peste 5000 μg

3. În anemiile megaloblastice HEM (hemoglobina eritrocitară medie) este în general de:
   (A) sub 25 pg
   (B) 25—28 pg
   (C) 28—30 pg
   (D) 30—33 pg
   (E) 33—38 pg

4. Criza reticulocitară (creșterea numărului de reticulocite după administrarea de vitamină B_{12} în tratamentul unei anemii Biermer) este maximă la:
   (A) 4—5 zile după începerea tratamentului
   (B) 5—6 zile după începerea tratamentului

Scanned with OKEN Scanner

(C) 6—9 zile după începerea tratamentului
(D) 9—12 zile după începerea tratamentului
(E) 12—15 zile după începerea tratamentului

5. În anemia Biermer durata tratamentului cu vitamina B_{12} este:
(A) Pînă la normalizarea indicilor hematologi (Ht, Hb, nr. de eritrocite/mm³).
(B) Pînă la dispariția hipersegmentării granulocitare în sîngele periferic.
(C) Pînă la normalizarea tabloului neurologic.
(D) Timp de 9 luni după normalizarea indicilor hematologici.
(E) Toată viața.

6. Un bolnav în vîrstă de 38 de ani este internat într-un serviciu de medicină internă pentru o hemoragie digestivă superioară exteriorizată prin hematemeză și melenă. Bolnavul este un ulceros cunoscut care a mai prezentat 2 episoade asemănătoare în antecedente. La examenul clinic obiectiv se constată în clinostatism pulsul =84/min. și TA =110/70 mm Hg și în ortostatism pulsul=130 min. și TA =90/50 mmHg; în ortostatism bolnavul acuză ameți. Cantitatea de sînge pierdut estimată pe baza datelor clinice expuse este de:
(A) 500 ml.
(B) 1000—1500 ml.
(C) 1500—2000 ml.
(D) 2000—2500 ml.
(E) Peste 2500 ml.

7. Un bolnav este investigat pentru un sindrom anemic. Pe frotiul din aspiratul medular se evidențiază un număr de sideroblaști de 1%. Diagnosticul acestui bolnav este:
(A) Anemie megaloblastică prin deficit de vitamina B_{12}.
(B) Anemie megaloblastică prin deficit de acid folic.
(C) Anemie aplastică.
(D) Anemie hemolitică.
(E) Nici unul din diagnosticele enumerate

8. Necesitățile zilnice de fier ale bărbatului sînt de:
(A) 1— 5 mg/zi.
(B) 5—10 mg/zi.
(C) 10—15 mg/zi.
(D) 15—20 mg/zi.
(E) 20—25 mg/zi.

Scanned with OKEN Scanner

9. Necesităţile zilnice de fier ale femeii sînt de:
(A) 1 — 5 mg/zi.
(B) 5—10 mg/zi.
(C) 10—20 mg/zi.
(D) 20—25 mg/zi.
(E) 25—30 mg/zi.

Instrucţiune: Citiţi cu atenţie fiecare întrebare. Pentru fiecare întrebare de mai jos sînt trecute mai multe variante de răspuns. Răspundeţi cu DA în caz că răspunsul vi se pare corect sau cu NU dacă vi se pare incorect. Pentru întrebările de mai jos toate răspunsurile pot fi corecte, numai unele, sau niciunul.

10. Care dintre afirmaţiile următoare, referitoare la anemiile megaloblastice sînt corecte?

(A) În anemiile megaloblastice numărul de reticulocite din sîngele periferic este crescut.

(B) În anemiile megaloblastice DEM (diametrul eritrocitar mediu) este cuprins între 7—8.μ.

(C) În anemiile megaloblastice, din cauza macrocitozei numărul de eritrocite apare mai scăzut decît valorile corespunzătoare ale hemoglobinei şi hematocritului.

(D) Prezenţa icterului cu valori moderat crescute ale bilirubinei neconjugate şi a splenomegaliei discrete la un bolnav cu sindrom anemic exclud posibilitatea unei anemii megaloblastice şi orientează diagnosticul în primul rînd spre o anemie hemolitică.

(E) Numărul de trombocite în sîngele periferic în anemiile megaloblastice este în general normal.

11. Care dintre afirmaţiile următoare referitoare la tratamentul anemiilor megaloblastice sînt adevărate:

(A) Hipersegmentarea granulocitară în sîngele periferic poate persista mai mult timp după normalizarea morfologiei eritrocitare ca urmare a tratamentului, permiţînd diagnosticul retrospectiv.

(B) Tratamentul cu vitamina B_{12} este capabil în toate cazurile să influenţeze pozitiv leziunile degenerative nervoase.

(C) Tratamentul cu vitamina B_{12} este capabil în toate cazurile să influenţeze pozitiv leziunile degenerative de la nivelul mucoasei gastrice.

(D) Procesul de transformare a megaloblaştilor în normoblaşti (în măduvă) se încheie în 5 zile de la începerea tratamentului cu vitamina B_{12}.

(E) Tratamentul cu acid folic al anemiei Biermer poate şterge semnele hematologice şi uneori poate agrava sindromul neurologic.

12. Un bolnav în vîrstă de 68 de ani este suspectat de anemie Biermer. Care dintre datele de mai jos pot susţine această suspiciune clinică? (DEM =

Scanned with OKEN Scanner

=diametrul eritrocitar mediu, VEM=volumul aritrocitar mediu; HEM=
=hemoglobina eritrocitară medie).

(A) DEM=7 μ VEM=85 μ^3 HEM=32 pg
(B) DEM=8 μ VEM=90 μ^3 HEM=33 pg
(C) DEM=5 μ VEM=70 μ^3 HEM=24 pg
(D) DEM=9 μ VEM=110 μ^3 HEM=37 pg

(E) Frotiu din sîngele periferic: prezența de mielocite și metamielocite.

(F) Număr de trombocite (periferie) =55,000/mm^3, număr de leucocite (periferie) =3000/mm^3.

13. Care dintre elementele enumerate pot susține existența unei anemii Biermer?

(A) Vitamina B_{12} în ser=20 pg/ml.
(B) Prezența metamielocitelor pe frotiul din sîngele periferic.
(C) Curba Price-Jones (pt. eritrocit) cu vîrful deplasat spre stînga
(D) Prezența eritrocitelor cu punctații bazofile în sîngele periferic.
(E) Existența unui sindrom piramidal cu rigiditate, hiperreflexie și clonus.

14. Care dintre afirmațiile de mai jos referitoare la anemia posthemoragică acută sînt adevărate?

(A) În prima oră de la declanșarea anemiei posthemoragice acute apare o trombocitopenie cu valori ale trombocitelor ce scad frecvent sub 50.000/mm^3.

(B) Reticulocitoza atinge valorile maxime de 10—15% în 6—11 zile de la declanșarea hemoragiei.

(C) În 2—6 ore de la declanșarea hemoragiei apare leucocitoză cu valori de 10.000—30.000/mm^3 prin mobilizarea rezervelor de granulocite adulte.

(D) Hiperplazia eritroblastică la nivelul măduvei osoase apare în 7—9 zile de la declanșarea hemoragiei.

(E) În toate cazurile de anemie posthemoragică acută hematiile sînt hipocrome și microcitare.

15. Recitiți întrebarea Nr. 6. Bolnavul prezentat în această întrebare prezintă după 21 de zile de tratament nr. de trombocite=500.000/mm^3 și reticulocite=10%. Care dintre afirmațiile de mai jos referitoare la acest bolnav sînt adevărate?

(A) Persistența hiperplachetozei indică menținerea hemoragiei.
(B) Persistența reticulocitozei crescute indică menținerea hemoragiei.
(C) Atît hiperplachetoza cît și reticulocitoza crescută indică menținerea hemoragiei.
(D) Prezența hiperplachetozei la acest bolnav nu poate fi interpretată ca un semn care indică menținerea hemoragiei.

Scanned with OKEN Scanner

(E) Prezența reticulocitozei crescute la acest bolnav nu poate fi interpretată ca un semn care indică menținerea hemoragiei.

16. Care dintre următoarele modificări la nivelul măduvei osoase sînt întîlnite în anemia feriprivă (forma comună)?

(A) Celularitatea medulară scăzută.

(B) Prezența de eritroblaști policromatifili și oxifili de dimensiuni mai mici decît cei normali.

(C) Prezența de megaloblaști.

(D) Prezența de eritroblaști cu conturile „zdrențuite".

(E) Eritroblaști cu aspecte de diseritropieză cu cariorexis, înmuguriri nucleare, multinuclearitate și fragmente nucleare.

17. Care dintre semnele clinice enumerate nu apar la bolnavii cu anemie feriprivă severă?

(A) Stomatita angulară.

(B) Ozena

(C) Koilonichia

(D) Splenomegalia

(E) Pica

18. La care dintre categoriile enumerate este necesară profilaxia anemiei feriprive prin feroterapie orală?

(A) Gravide

(B) Bolnavi cu hemocromatoză

(C) Gastrectomizați

(D) Donatorii de sînge

(E) Sugarii între 1 și 3 luni

19. Care dintre afirmațiile următoare, referitoare la tratamentul anemiilor feriprive sînt adevărate:

(A) Criza reticulocitară apare la 5—10 zile de la începerea tratamentului.

(B) Refacerea totală a indicilor hematologici (Ht, Hb, nr. de eritrocite/mm^3) se realizează în circa o lună de la începerea tratamentului cu fier.

(C) Reticulocitoza (după începerea tratamentului) atinge 5—20% și este cu atît mai mică cu cît anemia este mai severă.

(D) Koilonichia dispare în circa 2 luni de la începerea tratamentului cu fier.

(E) Creșterea nivelului hemoglobinei cu 50% (față de nivelul inițial) în 3—4 săptămîni de la începerea tratamentului este indiciul cel mai sigur al eficacității tratamentului.

(F) Aclorhidria este reversibilă indiferent de vîrsta bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

20. Care dintre afirmaţiile următoare, referitoare la cauzele anemiilor feriprive sînt adevărate?

(A) Cea mai importantă cauză a anemiilor feriprive este carenţa alimentară de fier.

(B) Cea mai frecventă cauză a deficitului de fier la bărbaţi este pierderea de sînge pe cale digestivă.

(C) Pierderea menstruală normală pe ciclu este de pînă la 80 ml. sînge/ciclu.

(D) Pierderea de 500 ml. sînge prin donare de sînge sau hemoragie duce la pierderea aproximativă a 100 mg. fier.

(E) Pierderile de fier în cursul lactaţiei sînt de 2 mg/zi.

21. Care dintre următoarele droguri au efecte toxice directe asupra plachetelor circulante?

(A) Diuretice tiazidice
(B) Ristocetina
(C) Alcoolul etilic
(D) Hormonii estrogeni
(E) Paracetamolul

22. Care dintre semnele clinice enumerate sînt foarte rare în PTI (purpura trombocitopenică idiopatică)?

(A) Purpura cutanată
(B) Hematuria
(C) Hemartrozele
(D) Hemoptizia
(E) Hemoragiile digestive

23. Care dintre situaţiile clinice enumerate pot duce la apariţia unei anemii megaloblastice prin deficit de acid folic?

(A) Sarcina
(B) Alcoolismul cronic
(C) După administrare de cicloserină
(D) Enteropatia glutenică
(E) Dermatita cronică exfoliativă.

Instrucţiune: Citiţi cu atenţie întrebările următoare. Vi se cere să stabiliţi corelaţii între bolile enumerate şi modificările paraclinice care le corespund cel mai bine. Bolile sînt marcate cu cifre, iar modificările paraclinice cu litere. Un tablou paraclinic poate corespunde unei singure boli mai multora, sau niciuneia.

Întrebările: 24—25—26—27.

24. Bolnav fără anemie

25. Bolnav cu deficienţă latentă de fier

Scanned with OKEN Scanner

26. Bolnav cu anemie feriprivă moderată.

27. Bolnav cu anemie feriprivă severă.

	Fier de rezervă	Fier seric	Coeficient de saturație al transferinei
(A)	Absent	Foarte scăzut	Foarte scăzut
(B)	Absent	Scăzut	Scăzut
(C)	Normal	Normal	Normal
(D)	Scăzut sau normal	Normal	Normal

Întrebările: 28—29—30

28. Bolnav cu anemie feriprivă.

29. Bolnav cu anemie megaloblastică.

30. Bolnav cu anemie posthemoragică acută

Valori în sîngele periferic.

(A) Trombocite =80.000/mm³; leucocite =3000/mm³. reticulocite = =0,5%.

(B) Trombocite =300.000/mm³; leucocite =7.000/mm³; reticulocite = = 1%.

(C) Trombocite =400.000/mm³, leucocite =10.000/mm³, reticulocite =10%.

Întrebările: 31—32—33.

31. Bolnav cu anemie feriprivă.

32. Bolnav cu anemie megaloblastică

33. Bolnav cu anemie posthemoragică acută.

VEM = volumul eritrocitar mediu

HEM = hemoglobina eritrocitară medie

CHEM = concentrația în Hb eritrocitară medie.

A)	VEM =110 μ^3	HEM =36 pg	CHEM =33 g/100 ml.
B)	VEM =84 μ^3	HEM =30 pg	CHEM =32 g/100 ml.
C)	VEM =65 μ^3	HEM =25 pg	CHEM =26 g/100 ml.

Scanned with OKEN Scanner

BOLILE APARATULUI RESPIRATOR
RĂSPUNSURI

1. (B) Bolnavul prezintă aşa numita insuficienţă pulmonară parţială caracterizată prin hipoxemie cu normocapnie (poate fi şi cu hipocapnie). Mecanismul prin care se realizează această insuficienţă pulmonară parţială este reprezentat de inegalitatea raporturilor ventilaţie-perfuzie $\left(\frac{V}{Q}\right)$. Hipoventilaţia alveolară produce o insuficienţă pulmonară globală care se caracterizează prin hipoxemie cu hipercapnie; aceste modificări pot apare în stadiile avansate ale bronşitei cronice. Tulburările de difuziune prin membrana alveolocapilară şi şuntul dreapta-stînga nu se întîlnesc ca mecanisme primare în determinarea insuficienţei pulmonare la un bolnav cu bronşită cronică.

Revedeţi: etiopatogenia bronhopneumopatiei cronice obstructive; încercaţi să faceţi o sinteză privind participarea mecanismelor primare (hipoventilaţia alveolară, inegalitatea raporturilor ventilaţie perfuzie, tulburările de difuziune prin membrana alveolocapilară şi şuntul dreapta-stînga) în realizarea insuficienţei pulmonare (parţială sau globală) în bolile aparatului respirator (bronhopneumopatia cronică obstructivă, pneumonii bacteriene severe, pleurezii masive, astm bronşic, tuberculoza pulmonară şi sechelele posttuberculoase) şi în edemul pulmonar acut.

2. (C) Adrenalina este un simpaticomimetic cu acţiune atît pe receptorii alfa cît şi pe receptorii beta adrenergici (beta$_1$ cardiaci şi beta$_2$ bronşici).

Dezavantajul principal este reprezentat de efectele adverse cardiovasculare (tahicardie, HTA, aritmii etc.) Celelalte medicamente sînt simpaticomimetice bronhodilatatoare „selective" cu acţiune predominantă pe receptorii Beta$_2$ bronşici. Avantajul lor constă în efectele cardiovasculare mult mai diminuate decît ale adrenalinei.

Scanned with OKEN Scanner

Revedeţi: mecanismele fiziologice de reglare a bronhomotricităţii, mecanismul de acţiune al bronhodilatatoarelor simpaticomimetice, indicaţii, doze, mod de administrare, contraindicaţii, efecte adverse, reţineţi toate preparatele din această clasă.

3. (B). Pneumoniile bacteriene constitue 70% din totalul pneumoniilor 90% dintre pneumoniile bacteriene sînt produse de Pneumococ. Cunoaşterea cifrelor este importantă pentru examene dar şi pentru practică — în faţa unei pneumonii acute bacteriene se consideră că este pneumococică şi se începe antibioterapia pe criterii de probabilitate etiologică.

Revedeţi: etiologia pneumoniilor bacteriene

4 (C) Pneumococul este o bacterie încadrată în categoria cocilor gram pozitiv (denumire exactă: DIPLOCOCCUS PNEUMONIAE). Este un coc lanceolat, capsulat şi dispus în perechi.

Revedeţi clasificarea bacteriilor, faceţi o sinteză privind pneumoniile de etiologie bacteriană (atît cele frecvente cît şi cele rare) revedeţi spectrul de acţiune al antibioticelor.

5. (C) Mortalitatea actuală în pneumonia pneumococică este de 1%. Mortalitatea anterioară erei antibiotice era de 10%. Două lucruri trebuie reţinute (inafară de cele 2 cifre!): pneumonia pneumococică se vindecă chiar fără tratament antibiotic în 90% din cazuri şi chiar sub tratament antibiotic se mai moare de pneumonie acută pneumococică.

Revedeţi: prognosticul, evoluţia şi mortalitatea diverselor pneumonii bacteriene în funcţie de etiologia lor.

6. (B) În pneumonia produsă de haemophilus influenzae se pot utiliza (în ordine): Ampicilina (de elecţie), Amoxicilina, Cloramfenicolul, Cotrimoxazolul şi tetraciclinele. Se pot folosi şi asocieri ca Cloramfenicol plus Streptomicină, sau Cotrimoxazol plus Streptomicină.

Revedeţi: tratamentul pneumoniilor determinate de haemophilus influenzae, klebsiella pneumoniae, stafilococul auriu hemolitic, germenii gram negativi.

7. (C) În pneumonia pneumococică se pot folosi penicilina G, Eritromicina, Cefasporine, Cotrimoxazol, Tetracicline. Gentamicina (şi celelalte aminoglicozide) nu este indicată în tratamentul pneumoniei pneumocicice.

Revedeţi: tabloul clinic, diagnosticul, evoluţia, complicaţiile şi tratamentul pneumoniei pneumococice (antibiotice folosite, doze, mod de administrare, durata tratamentului, efecte adverse, criterii de urmărire a eficienţei tratamentului).

8. (B) Durata tratamentului pneumoniei streptococice este de 14 zile (durata minimă).

Revedeţi: tabloul clinic, diagnosticul, evoluţia, complicaţiile şi tratamentul pneumoniei streptococice.

Scanned with OKEN Scanner

9. (A) Aspectul radiologic tipic al pneumoniei pneumococice este opacitatea triunghiulară cu vîrful spre hil şi baza spre periferie, intensitate subcostală, omogenă, bine delimitată. Opacitatea ocupă un lob sau un segment, uneori ocupă mai mulţi lobi.

Revedeţi: aspectele radiologice ale tuturor pneumoniilor, încercaţi să realizaţi o schemă sintetică cu tema „diagnosticul etiologic (de probabilitate) al pneumoniilor după aspectul radiologic."

10. (C) Fenomenele digestive asociate cu fenomene nervoase apar frecvent la copii cu pneumonie pneumococică acută. La alcoolici apar frecvent manifestări psihice (halucinaţii, delir). La bătrîni semnele generale pot fi discrete şi evoluţia poate fi frecvent spre insuficientă cardio-respiratorie. Pneumonia pneumococică nu are particularităţi evolutive legate de sex, dar incidenţa ei este mai mare la bărbaţi (legată de expunerea lor mai frecventă la frig şi intemperii).

Revedeţi formele clinice al pneumoniei pneumocice (legate de vîrstă: copii, bătrîni; tare organice, alcoolici şi formele anatomoclinice, congestia pulmonară, pneumonia francă lobară şi bronhopneumonia).

11. (C) Cel mai frecvent evoluează spre abcedare pneumoniile produse de germenii anaerobi, gram negativi şi stafilococ.

Revedeţi evoluţia şi complicaţiile pneumoniilor legate de etiologia lor.

12. (A) Fenoterolul face parte din categoria bronhodilatatoarelor simpaticomimetice de generaţia III-a (selective) cu efecte predominante pe receptorii beta$_2$ bronşici; el creşte cantitatea de cAMP intracelular prin stimularea adenilciclazei, producînd bronhodilataţie.

Revedeţi: mecanismele de acţiune ale tuturor mijloacelor terapeutice utilizate în tratamentul astmului bronşic.

13. (C) Criza severă de astm bronşic realizează o insuficienţă pulmonară globală (reversibilă) caracterizată prin hipoxie şi hipercapnie.

Revedeţi modificările gazelor sanguine în astmul bronşic.

14. (A) Criza de astm bronşic realizează o sechestrare intrapulmonară a aerului inspirat care nu mai poate fi eliminat în totalitate în expir din cauza spasmului bronşic, edemului mucoasei bronşice şi hipersecreţiei de mucus. Deci VR este crescut.

Revedeţi: modificările funcţiei ventilatorii în astmul bronşic.

15. (C) Esenţială pentru definirea astmului bronşic este hiperreactivitatea bronşică nespecifică la o multitudine de stimuli. Reversibilitatea completă a tulburărilor ventilatorii nu este obligatorie (vezi astmul cu dispnee continuă). Hiperreactivitatea bronşică la un singur stimul — exemple spasmul bronşic ce apare în sindromul carcinoid datorită hipersecreţiei de serotonină sau în astmul cardiac ca o consecinţă, a stazei vasculare pulmonare — nu se încadrează în definiţia astmului bronşic.

Scanned with OKEN Scanner

Revedeţi: definiţia astmului bronşic, formele clinice de astm bronşic, diagnosticul diferenţial al astmului bronşic.

16. (A) Tipul I. de reacţie este cel mai frecvent întîlnit, mediat prin IgE (reagine). Mai rar pot apare reacţii de tip. III (complexe imune sau tip-IV. (mediate celular).

Revedeţi: rolul alergiei în astmul bronşic, mediatorii primari şi secundari, participarea celulară — diferenţele dintre astmul bronşic extrinsec şi cel intrinsec în privinţa patogenezei.

17. (B) Testul de provocare bronşică cu metacolină este considerat pozitiv, cînd VEMS scade cu 15% faţă de VEMS iniţial. El indică existenţa hiperreactivităţii bronşice nespecifice.

Revedeţi: diagnosticul pozitiv al astmului bronşic, testele cutanate, testele de provocare bronşică nespecifică (acetilcolină, metacolină, histamină) şi cele specifice (cu alergenul incriminat).

18 (D) Pericardita realizează în prima fază o supradenivelare a segmentului ST în derivaţiile D I, D II, D III, aVF, V_2-V_3-V_4 V_5-V_6 şi subdenivelare în aVR şi V_1, dar nu se realizează imaginea în „oglindă" ca în infarctul miocardic acut. Endocardita şi insuficienţa cardiacă sînt diagnostice clinice şi nu electrocardiografice. Miocardita se manifestă prin tulburări de ritm, de conducere, sau modificări difuze ale fazei terminale (repolarizării) dar mai frecvent se produce subdenivelare a segmentului ST în precordialele stîngi (V_4-V_5-V_6). Diagnosticul diferenţial electrocardiografic între pericardită şi miocardită poate fi uneori foarte dificil.

Revedeţi: criteriile electrocardiografice de diagnostic ale pericarditei, miocarditei şi infarctului miocardic acut.

19.(B) Antecedentele de rinită alergică sînt mai frecvent întîlnite la bolnavii cu astm bronşic extrinsec (alergic).

Revedeţi diagnosticul diferenţial al astmului bronşic extrinsec de cel intrinsec pe baza datelor de anamneză, examen clinic, explorări paraclinice precum şi diferenţele de tratament între cele două forme.

20.(C) 21(D); 22(E); 23(A); 24(B);

Beta simpaticomimeticele acţionează în principal prin stimularea adenilciclazei iar metilxantinele prin inhibarea fosfodiesterazei; rezultatul este o creştere a conţinutului intracelular de cAMP ceea ce va produce bronhodilataţie. Corticosteroizii exercită o acţiune complexă: antiinflamatoare, antiexudativă, de deblocare a $beta_2$ receptorilor bronşici. Hiposensibilizarea specifică cu alergenul incriminat induce formare de anticorpi blocanti IgG care vor reacţiona cu alergenul şi reacţia IgE-alergen va fi mult diminuată. Cromoglicatul de sodiu are efect de împiedicare a degranulării mastocitare; el are exclusiv rol profilactic. În tratamentul crizei de astm bronşic se pot utiliza bronhodilatatoarele (beta simpaticomimetice şi metilxantine) şi corticosteroizii.

Scanned with OKEN Scanner

Revedeţi: tratamentul astmului bronşic, mijloace terapeutice, mecanisme de acţiune, indicaţii, contraindicaţii, efecte adverse, doze, tratamentul crizei de astm bronşic şi al stării de rău astmatic.

25.(C) Examenul histopatologic pozitiv al fragmentului de pleură obţinut prin puncţie-biopsie pleurală este cel mai valoros mijloc de diagnostic pozitiv al etiologiei bacilare a unei pleurezii, constituind alături de examinările bacteriologice pozitive (din spută sau lichidul pleural) diagnosticul de certitudine. Celelalte metode furnizează doar date de prezumpţie.

Revedeţi: criteriile de diagnostic pozitiv ale pleureziei bacilare (criteriile de prezumpţie şi de certitudine).

26.(C) Electrocardiografic bolnavul prezintă supraîncărcare ventriculară dreaptă, episodul dureros sugerează existenţa unei tromboflebite neglijate, deci diagnosticul de pleurezie postembolică se impune. Nu există date care să sugereze celelalte diagnostice enumerate.

Revedeţi criteriile de diagnostic ale pleureziilor (cu excepţia celei bacilare) şi criteriile electrocardiografice de diagnostic a supraîncărcării şi hipertrofiei ventriculare drepte.

27.(C) Prezenţa bolii lupice este sugerată de următoarele date: femeie tînără, crize de vasospasm, pleurezie. Celelalte diagnostice sînt mai puţin probabile. Cancerul bronhopulmonar este rar la această vîrstă.

Revedeţi etiologia pleureziilor.

28.(E) Diagnosticul de cancer bronhopulmonar este sugerat de vîrstă, hemoptizie, antecedentele de fumător; ginecomastia unilaterală sugerează existenţa unui sindrom paraneoplazic. Neoplasmul mamar nu poate explica hemoptizia. Tuberculoza pulmonară, pneumonia şi bronşita cronică ar putea explica hemoptizia, dar nu şi ginecomastia.

Revedeţi sintetic tablourile clinice ale tuberculozei secundare (ftiziei), cancerului bronhopulmonar şi pneumoniilor.

29.(D) Cancerul cu celule bronhioloalveolare (adenomatoza pulmonară) este o formă histologică rară de cancer bronhopulmonar (2—4% din cazuri) cu punct de plecare în epiteliul alveolar şi bronhiolar care se poate exprima radiologic prin opacităţi multinodulare în periferia plămînului. Celelalte forme histologice nu dau acest aspect radiologic.

Revedeţi: formele clinice, histologice şi radiologice ale cancerului bronhopulmonar.

30.(B) O opacitate rotundă periferică pune în primul rînd problema diagnosticului diferenţial între un cancer bronhopulmonar şi tuberculom. Celelalte afecţiuni enumerate nu realizează acest aspect radiologic.

Revedeţi: formele radiologice ale cancerului bronhopulmonar şi ale tuberculozei secundare.

Scanned with OKEN Scanner

31.(C) Tuberculostatice majore sînt considerate: Rifampicina, Izoniazida, şi Streptomicina. Cicloserina este tuberculostatic de rezervă.

Revedeţi: medicamentele tuberculostatice şi principalele scheme de tratament.

32.(C) Doza de Izoniazidă în tratamentul tuberculozei pulmonare în regim 2/7 este de 15 mg/kg. corp.

Revedeţi dozele de tuberculostatice în tratamentul 7/7 şi 2/7.

33. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU;

Examenul bacteriologic pozitiv (prezenţa bacilului Koch în spută sau lichidul pleural pe frotiul direct sau din culturi) şi examenul histopatologic pozitiv sînt semne de certitudine, nu de prezumpţie ale etiologiei bacilare a unei pleurezii. Celelalte semne sînt semne de prezumpţie.

Revedeţi elementele de diagnostic paraclinic utile pentru diagnosticul etiologic al pleureziilor (pleurezia bacilară, neoplazică, postembolică, lupică, din poliartrita reumatoidă, din reumatismul articular acut, pancreatită etc.)

34. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA

Densitatea sub 1016 şi raportul $\frac{\text{Proteine lichid pleural}}{\text{Proteine serice}} < 0{,}5$ definesc un transsudat (deci atestă caracterul neinflamator al revărsatului pleural) Proteinele pleurale >3 g%, densitatea lichidului pleural >1016 şi raportul $\frac{\text{LDH pleural}}{\text{LDH seric}} > 0{,}6$ definesc un exsudat pleural (atestă că lichidul are caracter inflamator). Diferenţa între un exsudat şi un transsudat are mare importanţă în diagnosticul etiologic al sindroamelor lichidiene pleurale (revărsate pleurale). Noţiunea de pleurezie se va folosi doar cînd se face dovada caracterului de exsudat a lichidului pleural.

Revedeţi: metode de diferenţiere a exsudatelor pleurale de transsudate.

35. A-DA; B-NU; C-NU; D-DA; E-NU,

Methisergidul (medicament antiserotoninic utilizat în tratamentul migrenelor) şi nitrofurantoinul pot duce la apariţia unor revărsate pleurale.

Revedeţi etiologia revărsatelor pleurale.

36. A-NU; B-NU; C-DA; D-NU; E-DA

Pancreatita acută, expunerea profesională la asbest şi abcesul hepatic pot determina apariţia unor revărsate pleurale. În revărsatul pleural ce apare în pancreatita acută o valoare diagnostică deosebită are dozarea amilazopleuriei (se constată creşterea amilazei în lichidul pleural).

Revedeţi: etiologia pleureziilor frecvente şi a celor rare.

Scanned with OKEN Scanner

37. A-DA; B-DA; C-NU; D-DA; E-NU.

Cancerul bronhopulmonar centrohilar realizează radiologic o lărgire de mediastin care trebuie diferențiată de boala Hodgkin, sarcoidoză și hilul pulmonar de stază. Tuberculomul și aspergilomul intră în diagnosticul diferențial al cancerului bronhopulmonar forma periferică.

Revedeți: aspectele radiologice ale cancerului bronhopulmonar.

38. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-NU

Sindroamele paraneoplazice apar la 15—20% din bolnavii cu cancer bronhopulmonar și dispar după rezecția tumorii primare. Ele pot constitui cauze directe ale decesului.

Revedeți: sindroamele paraneoplazice ce apar în cancerul bronhopulmonar.

39. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU;

Rifampicina, izoniazida și etionamida pot da fenomene de toxicitate hepatică. Streptomicina (i Kanamicina dau toxicitate prin afectarea perechii a VIII-a de nervi cranieni (hipoacuzie pînă la surditate): sînt și nefrotoxice

Revedeți: reacțiile adverse ale tuberculostaticelor.

40. A-DA; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA;

Pneumonia pneumococică poate fi tratată cu eritromicină, tetraciclină, cefalosporine și cotrimoxazol. Gentamicina nu este indicată.

Revedeți tratamentul pneumoniilor bacteriene (antibiotice utilizate, doze, durata tratamentului).

41. A-DA; B-DA; C-NU; D-NU; E-NU;

În pneumonia pneumococică apare în general leucocitoză cu neutrofilie cu devierea la stînga a formulei leucocitare (predomină elementele tinere) și eosinopenie. Limfocitoza nu apare.

Revedeți: diagnosticul de laborator al pneumoniilor bacteriene, atipice și virale.

42. A-DA; B-DA; C-DA; D-DA; E-DA;

Toate afecțiunile enumerate pot apare ca și complicații ale pneumoniei stafilococice. Rețineți tendința la abcedare a pneumoniei stafilococice.

Revedeți: tabloul clinic și radiologic al pneumoniei stafilococice, modificările datelor de laborator, evoluție, complicații, prognostic, mortalitate, tratament.

43. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-NU;

Eritromicina și tetraciclinele se pot folosi în tratamentul pneumoniei determinate de mycoplasma pneumoniae. Celelalte trei antibiotice nu sînt indicate.

Revedeți: tratamentul pneumoniilor atipice.

44. A-NU; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA.

Patogeneza astmului indus de efort este incomplet elucidată. Se incriminează hiperventilația, hipocapnia și tulburarea echilibrului dintre recep-

Scanned with OKEN Scanner

torii alfa și beta. Cercetări recente încriminează deperdiția calorică la nivelul mucoasei bronșice în efort.

Revedeți: patogeneza astmului indus prin exercițiu (efort) și astmului la antiinflamatoriile nesteroidiene.

45. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-DA;

În starea de rău astmatic apare scăderea PaO_2 (hipoxemie), creșterea $PaCO_2$ (hipercapnie), tahicardie și semne electrocardiografice de supraîncărcare ventriculară dreaptă, precum și acidoză gazoasă.

Revedeți: aspectele clinice și de laborator ale stării de rău astmatic, precum și tratamentul ei.

46. A-DA; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA;

Ax QRS cu deviație la dreapta (peste plus 110°) aspectul S_1O_3, aspectul $S_1\ S_2\ S_3$ și raportul $\frac{R}{S}<1$ în V_5 sînt semne electrocardiografice de hipertrofie ventriculară dreaptă. Raportul $\frac{R}{S}<1$ în V_1 și V_2 este un aspect electrocardiografic normal.

Revedeți sumar criteriile electrocardiografice de hipertrofie ventriculară dreaptă și cauzele H.V.D.

47. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA;

Criteriile enumerate la punctele B, D, E, sînt semne radiologice sugestive pentru emfizemul pulmonar, transparența pulmonară normală este un aspect radiologic normal, iar desenul peribronhovascular accentuat este sugestiv pentru bronșita cronică, nu pentru emfizem.

Revedeți: aspectele radiologice ale emfizemului pulmonar și bronșitei cronice.

48. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA; F-NU; G-DA;

La bolnavii cu AIDS (SIDA) se produc infecții cu germeni oportuniști.

Revedeți problema în „Actualități în medicina internă" sub redacția Șt. Șuteanu — Editura Medicală — 1988). Încercați să alcătuiți o sinteză cu tema „agenții etiologici ai pneumoniilor la imunodeprimați".

49. A-NU; B-NU; C-DA; D-NU; E-NU;

Tubercolozele miliare sînt considerate primare, deci nu fac parte din categoria tuberculozelor secundare. Celelalte forme sînt tuberculoze secundare.

Revedeți: formele tuberculozei secundare.

50. A-NU; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU;

Semnele locale ale invaziei cancerului bronhopulmonar sînt: invadarea-parietală, diafragmatică, mediastinală, atelectazia totală, exsudatele pleurale și invadarea bronșiei principale.

Scanned with OKEN Scanner

Invadarea bronşiei principale corespunde categoriei T_3 ducînd la încadrarea în stadiul III, indiferent de prezenţa sau absenţa nodulilor şi metastazelor . Atelectazia parţială corespunde categoriei T_2.

Revedeţi: stadializarea TNM a cancerului bronhopulmonar.

BIBLIOGRAFIE

1. Tratat de Medicină Internă — Aparatul respirator — sub redacţia Radu Păun. Editura Medicală — Bucureşti 1983 (pentru toate întrebările).

2. Actualităţi în medicina internă sub redacţia Ştefan Şuteanu, Editura Medicală — Bucureşti 1988 pentru întrebarea 48 (pag. 25) şi răspunsul la întrebarea 44 (pag. 124).

Scanned with OKEN Scanner

BOLILE APARATULUI CARDIOVASCULAR
RĂSPUNSURI

1.(B) Reducerea frecvenţei cardiace sub 70/minut în sine nu reprezintă decît eventual un efect terapeutic pozitiv. Tahicardia atriala cu bloc A—V este cea mai specifică tulburare de ritm pentru toxicitatea digitalică. Subdenivelarea segmentului ST, negativarea undei T şi scurtarea intervalului QT (sistola electrică) sînt date de efectul digitalic şi nu constituie semne de toxicitate digitalică (ci de impregnare digitalică).

Revedeţi: tratamentul cu glicozizi digitalici, indicaţii, doze, mod de administrare, efecte adverse, metodele de digitalizare, efectul digitalic şi toxicitatea digitalică.

2.(C) Bolnavul se încadrează în clasa II-a după clasificarea clinico-hemodinamică a lui Forrester: fără semne de hipoperfuzie periferică şi cu congestie pulmonară: bolnavul prezintă şi valori tensionale ridicate. De preferat în această situaţie este administratea nitroprusiatului de sodiu, medicament vasodilatator mixt care scade atît postsarcina (şi deci valorile TA), cît şi presarcina (reduce congestia pulmonară) ameliorînd condiţia hemodinamică a bolnavului.

Revedeţi: clasificarea clinico-hemodinamică Forrester; tratamentul IMA necomplicat.

3 (A) IMA anteroseptal realizează semnele directe descrise (complex QS, segment ST supradenivelat şi unde T negative) în V_1- V_2- V_3. Imaginea „în oglindă" nu este obligatorie pentru stabilirea diagnosticului de I.M.A. anteroseptal.

Revedeţi: diagnosticul topografic al I.M.A.

4.(B) Propranololul, medicament betablocant neselectiv cu acţiune atît asupra $beta_1$ receptorilor cardiaci cît şi asupra $beta_2$ receptorilor bronşici este contraindicat la astmatici deoarece produce bronhospasm. Celelalte medicamente enumerate nu sînt contraindicate la astmatici; unele cercetări moderne arată ca nifedipina ar avea la unii astmatici chiar efect bronhodilatator.

Scanned with OKEN Scanner

Revedeţi: tratamentul hipertensiunii arteriale: categorii de medicamente utilizate, indicaţii, contraindicaţii, doze, asocieri medicamentoase.

5. (B) Expansiunea sistolică a ficatului este un semn clinic valoros pentru diagnosticul pozitiv de insuficienţa tricuspidiană, mai ales cînd există dificultăţi în diagnosticul anatomic al unui suflu sistolic.

Revedeţi: diagnosticul pozitiv şi diferenţial al insuficienţei mitrale, etiologie, evoluţie, complicaţii.

6.(D) Stenoza mitrală postreumatismală este o complicaţie tardivă ce apare la 3—10 ani după primul puseu de RAA.

Revedeţi: stenoza mitrală: etiologie, diagnostic, evoluţie complicaţii.

7.(B) Cea mai valoroasă metodă paraclinică neinvazivă este echocardiografia. Se utilizează atît echocardiografia monodimensională cît şi cea bidimensională.

Revedeţi: diagnosticul paraclinic al stenozei mitrale, semnele echoardiografice ale stenozei mitrale.

8.(D) Toate investigaţiile enumerate pot aduce relaţii utile privind mărirea atriului stîng.

Revedeţi: semnele electrocardiografice ale hipertrofiei atriului stîng, aspectul electrocardiogramei în stenoza mitrală, investigaţia invazivă a stenozei mitrale.

9.(A) Hipertiroidienii necesită doze mai mari de digitala decît dozele medii datorită hipermetabolismului care se întîlneşte la aceşti bolnavi.

Revedeţi: factorii care infuenţează sensibilitatea la digitala, interacţiunile medicamentoase ale digitalei.

10.(B) Modificările electrocardiografice directe ale infarctului miocardic acut inferior apar în D II, D III, aVF. Modificările directe constau în unda Q (sau QS sau amputarea undei R) ca expresie a necrozei (electrice), supradenivelarea segmentului ST ca expresie a leziunii (electrice) şi unde T negative, simetrice, ascuţite ca expresie a ischemiei (electrice).

Revedeţi: diagnosticul electrocardiografic al infarctului miocardic acut, evoluţia semnelor electrice în timp, diagnosticul de localizare al infarctului.

11.(D) Necroza miocardică se poate exprima electrocardiografic prin unde Q, complex QS sau amputarea undei R.

Revedeţi: idem cu întrebarea precedentă.

12.(B) Aspectul electrocardiografic întîlnit în timpul unei crize de angină Prinzmetal este: supradenivelare a segmentului ST reversibilă.

Revedeţi: aspectul electrocardiografic în angina pectorală de efort (în timpul crizei şi în afara ei) şi angina Prinzmetal (în timpul crizei şi înafara ei); utilitatea testelor de efort în diagnosticul cardiopatiei ischemice.

13.(D) Angina Prinzmetal (angina vasospastică) se produce prin spasm care poate apare pe artere coronare normale sau cu leziuni aterosclerotice spasmul poate fi indus prin Ergonovină, modificările electrocardiografic

Scanned with OKEN Scanner

întîlnite în timpul crizei constau în supradenivelări reversibile ale segmentului ST. Este în general un angor spontan (deci nu apare, la efort) uneori are caracterul clinic de „orar fix" (nu este obligatoriu). Indicația de electie ca terapeutică este pentru medicația blocantă a canalelor de calciu.

Revedeți: angina Prinzmetal.

14.(C) În angina pectorală stabilă durerea cedează de regulă în 1—3' după administrarea sublinguală de nitroglicerină: în celelalte situații durerea nu cedează sau este mai prelungită. Singura situație clinică ce poate fi exclusă pe baza datelor prezentate este angina pectorală stabilă.

Revedeți: manifestările clinice ale anginei pectorale; forme clinice de angină pectorală.

15.(C) Persistența îndelungată a supradenivelării segmentului ST (așa numita imagine „înghețată") sugerează prezența anverismului ventricular. În mod normal segmentul ST revine la linia izoelectrică în 7—10 zile.

Revedeți: modificările stadiale ale electrocardiogramei în infarctul miocardic acut, complicațiile infarctului miocardic acut.

16.(C) Mortalitatea pe perioada spitalizării a bolnavilor încadrați în clasa III-a după clasificarea clinică Killip și Kimbal este de 38%. Clasa a III-a se caracterizează clinic prin prezența edemului pulmonar acut cardiogen.

Revedeți: clasificarea clinică a I.M.A. a lui Killip și Kimbal; clasificarea clinico-hemodinămică a I.M.A. după Forrester.

17.(C) Apariția bradicardiei cu hipotensiune arterială (frecvente în infarctul miocardic acut inferior) se tratează cu atropină.

Bradicardia cu hipotensiune din infarctul miocardic acut inferior apar prin hipervagotonie (care explică și fenomenele digestive frecvente în aceste localizări: grețuri, vărsături, etc) și trebuie diferențiate de șocul cardiogen care are prognostic vital foarte rezervat. În unele cazuri de infarct miocardic inferior poate apare bloc A-V de gradul III care se tratează conservativ (corticosteroizi, atropina, pacing temporar) și are în general prognostic bun, spre deosebire de blocul A-V gradul III din infarctul miocardic anterior care apare prin intreruperea anatomică a căilor de conducere și necesită stimulator cardiac definitiv.

Revedeți: tulburările de ritm și conducere ce apar ca și complicații ale infarctului miocardic acut, tratamentul și prognosticul lor.

18. (C) Creșterea de cea mai lungă durată se realizează pentru L.D.H. (12 zile). Determinarea L.D.H. este utilă mai ales atunci cînd bolnavul se prezintă la mai multe zile de la debutul bolii.

Revedeți: diagnosticul enzimatic, anatomopatologic și imagistic al I.M.A.

19. (C) Fibrilația atrială cu transmitere atrioventriculară înaltă (adică cu frecvență ventriculară rapidă: peste 120/minut) apărură la un bolnav ca o

Scanned with OKEN Scanner

complicație a infarctului miocardic acut se tratează cu digitală. Dacă starea bolnavului este gravă de la început (apar semne de insuficiență ventriculară stîngă, hipotensiune arterială sau durere precordială intensa și prelungită) sau dacă frecvența ventriculară se menține peste 120/minut după administrare de digitală se va face conversia electrică (în varianta bolnav în stare gravă nu se mai digitalizează). Dacă ritmul ventricular al fibrilației se menține convenabil (sub 120/minut) nu necesită tratament.

Revedeți: tratamentul tuturor tulburărilor de ritm și conducere care apar ca și complicații ale infarctului miocardic acut; prognosticul infarctului miocardic acut prin prisma acestor complicații.

20.(B) Frecvența atrială în flutterul atrial este de 240—350/minut.

Revedeți: flutterul atrial: etiologie, diagnostic, tratament.

21.(D) Mecanismul prin care glicozizii digitalici acționează la nivelul fibrei miocardice este reprezentat de inhibare ATP-azei de membrana $Na^+ — K^+$ dependentă. Consecința este ca în timpul repolarizării, schimburile ionice (ieșirea Na^+ și intrarea K^+) nu se mai pot produce. Ca urmare va crește cantitatea de Ca^{2+} intracelular (prin schimb cu Na^{2+} dar și alte mecanisme) și deci se va produce o creștere a forței de contracție a fibrelor miocardice.

Revedeți: mecanismul de acțiune al glicozizilor digitalici, efectele glicozizilor cardiotonici asupra proprietăților electro-fiziologice ale inimii, efectele mediate pe cale nervoasă, efectele hemodinamice.

22.(B) Cea mai mare valoare diagnostică o are echografia bidimensională.

Revedeți: valoarea tuturor metodelor echografice în diagnosticul valvulopatiilor mitrale (stenoza și insuficiența) și a celor aortice (stenoza și insuficiența).

23.(A) Echo Doppler este de mare utilitate în diagnosticul regurgitărilor valvulare atît în diagnosticul diferențial între insuficiența aortică și cea pulmonară și între insuficiența mitrală și cea tricuspidiană, cît și în calcularea volumului regurgitat.

Revedeți: utilitatea echo Doppler în diagnosticul regurgitărilor valvulare.

24.(C) Gradul stenozei mitrale după velocitatea E—F se apreciază astfel: velocitate E—F între 25—35 mm/sec=stenoza largă; velocitate E—F între 15—25 mm/sec.=stenoza medie, stenoză strînsă sub 15 mm/sec.

Revedeți: gravitatea stenozei mitrale apreciată clinic și paraclinic (echocardiografie, cateterism cardiac).

25.(B) Pentru ca trombostopul să realizeze o hipocoagulabilitate eficientă indicele de protrombina trebuie menținut între 20—30% din valoarea martorului. Tratamentul anticoagulant are exclusiv rol profilactic în tromboflebite împiedicînd extinderea procesului inflamator (heparina) și recurența puseelor de tromboflebită (trombostopul). Tromboliza medicamentoasă folosește streptokinaza sau urokinaza.

Scanned with OKEN Scanner

Revedeţi: tratamentul tromboflebitelor, indicaţii, doze, efecte adverse, mod de administrare al medicamentelor, cum se urmăreşte tratamentul.

26.(C) Întrebarea vrea să vă sensibilizeze asupra celei mai importante complicaţii a tromboflebitelor profunde: embolia pulmonară. Orice semne cum ar fi dispnee apărută brusc „sine materia" (adică aparent fără cauză), hemoptizie, tuse, tahicardie, exsudat pleural, imagini radiologice sugestive, sau chiar numai alterarea stării generale sau psihice fără motiv la un bolnav cu tromboflebită profundă trebuie să ne ducă cu gîndul la embolia pulmonară.

Revedeţi: tromboflebita profundă a membrelor (etiologie, patogeneza, tablou clinic, investigaţii paraclinice, complicaţii precoce şi tardive).

27. A-NU; B-DA; C-DA; D-DA; E-NU;

Extrasistole monotope cu frecvenţa sub 5/minut şi cele la distanţa de unda T nu întunecă prognosticul infarctului miocardic acut. Extrasistolele monotope frecvente(peste 5/minut), cele sistematizate (bigeminism, trigeminism), cele polimorfe, extrasistolele în „salve" (salva de 3 extrasistole ventriculare constituie un episod de tahicardie ventriculară) şi cele care cad pe panta descendentă a undei T (fenomenR/T) întunecă prognosticul I.M.A. (prin deteriorarea stării hemodinamice sau declanşarea unor aritmii „maligne". tahicardia ventriculară şi fibrilaţia ventriculară).

Revedeţi: semnificaţia extrasistolelor ventriculare apărute ca şi complicaţii ale infarctului miocardic acut, tratamentul lor.

28. A-NU; B-DA; C-NU; D-NU; E-DA;

Isosorbid-dinitratul şi pentaeritrol-tetranitratul sînt nitriţi cu acţiune prelungită. Gliceril-trinitratul (nitroglicerina) este nitrat cu acţiune scurtă; metoprololul este un betablocant cardioselectiv, iar nifedipina este un blocant al canalelor de calciu. Toate aceste medicamente se pot utiliza în tratamentul cardiopatiei ischemice.

Revedeţi: tratamentul cardiopatiei ischemice: clase de medicamente, doze, mod de administrare, efecte adverse.

29. A-DA; B-NU; C-DA; D-NU; E-DA

Blocul atrioventricular de gradul II, insuficienţa cardiacă şi sindromul Raynaud reprezintă contraindicaţii pentru administrarea beta-blocantelor. În unele cazuri de insuficienţă cardiacă sub protecţie digitalică betablocantele se pot administra (mai ales în caz de fibrilaţie atrială cu frecvenţa ventriculară înaltă). Fără acoperire digitalică nu se pot însă administra din cauza efectului lor inotrop negativ. Ulcerul gastric şi duodenal nu reprezintă contraindicaţii pentru administrarea betablocantelor (unele cercetări relevă chiar utilitatea lor în tratamentul ulcerului gastroduodenal dar tratamentul acesta nu s-a impus în practică).

Revedeţi: betablocantele, indicaţii, contraindicaţii, doze, efecte adverse

30. A-DA; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA;

În timpul unei crize de angina pectorală pot apare tahicardia, suflul sistolic reversibil, galopul atrial şi galopul ventricular. Hipotensiunea arte-

Scanned with OKEN Scanner

rială, deşi poate aparea uneori în crize anginoase severe, nu este obişnuită în timpul unei crize de angină pectorală; apariţia ei în prezenta durerii precordiale trebuie să ne facă întotdeauna să ne gîndim la infarctul miocardic acut.

Revedeţi: clinica anginei pectorale (simptome şi semne, modificări electrocardiografice în criza), circumstanţe de apariţie, formele clinice.

31. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-NU;

Nifedipina, diltiazemul şi verapamilul fac parte din clasa medicamentelor blocante ale canalelor de calciu. Acebutololul este un betablocant cardioselectiv iar nitroglicerina este nitrit cu acţiune scurtă.

Indicaţiile comune ale blocantelor canalelor de calciu sînt: angina pectorală, hipertensiunea arterială, insuficienţa cardiacă.

Verapamilul şi Diltiazem au şi efecte antiaritmice importante fiind utilizate frecvent în tratamentul tulburărilor de ritm supraventriculare.

Nifedipina se mai foloseşte şi în tratamentul: sindromului şi bolii Raynaud, angina Prinzmetal (de elecţie), colica renală, ulcerul gastroduodenal, astmul bronşic, crize hipertensive (administrată sublingual scade rapid în circa 10'TA cu 15-30%) spasmul esofagian, cardiomiopatia hipertrofică, hipertensiunea arterială pulmonară, spasmele vasculare cerebrale, migrenă, dismenoree, colonul iritabil, travaliul precoce.

Revedeţi: blocantele canalelor de calciu: indicaţii, contraindicaţii, mecanism de acţiune, doze, efecte adverse.

32. A-DA; B-DA; C-NU; D-NU; E-DA;

Blocurile A-V de gradul II şi III care apar în infarctele miocardice inferioare (unde Q în D-II, D.III, aVF) sau inferolaterale (unde Q în D-II, D.III, aVF, V_4, V_5, V_6) se datorează edemului inflamator al tesutului excitoconductor şi sînt reversibile în cîteva zile. Cînd produc tulburări hemodinamice se administrează atropină: uneori necesită cardiostimulare temporară. Prognosticul lor este bun. La fel bradicardia sinusală ce apare în IMA inferior; se remite spontan sau după atropină; nu necesită cardiostimulare temporară. Blocurile A-V de gradul II şi III care apar în IMA anterior extins (unde Q din V_1 pînă în V_6) se datorează întreruperii anatomice a căii de conducere; prognosticul lor este rezervat. Moartea în aceste cazuri se datorează şocului cardiogen (infarcte extinse) şi nu blocului.

Revedeţi: blocurile A-V de gradul II şi III: etiologie, diagnostic, aspect electrocardiografic, prognostic, tratament.

33. A-NU; B-NU; C-NU; D-DA; E-DA;

În blocul atrioventricular de gradul I toate impulsurile sînt conduse de la atrii la ventricule, durata intervalului PQ este mai mare de 0,21 s (la adult) prezenţa blocului de gradul I nu denotă totdeauna existenţa unei boli cardiace (poate apare şi la sănătoşi cu hipervagotonie, sportivi etc).

Scanned with OKEN Scanner

A face să creadă un asemenea om că are o boală cardiacă organică este o mare eroare medicală. În general nu produce simptome. Dacă necesită tratament se administrează medicaţie parasimpaticolitică.

Revedeţi: blocul atrioventricular de gradul I şi II: etiologie, diagnostic, aspect electrocardiografic, prognostic, tratament.

34. A-DA; B-NU;C-NU;D-NU;E-DA;

Dilataţia atriului stîng prin stenoza sau insuficienţă mitrală favorizează apariţia şi menţinerea flutterului atrial.

Ritmul ventricular perceput la auscultaţia cordului este de obicei regulat (poate fi şi neregulat în flutterul atrial cu bloc A-V neregulat). Frecvenţa undelor „F" care corespund activităţii atriale este de 250—350/minut. Exista un bloc de „protecţie" atrioventricular. Blocul poate fi regulat (cu transmitere 2—1 frecventa ventriculară în jur de 150/minut; cu transmitere 3—1 frecventa ventriculară în jur de 100/minut; cu transmitere 4—1 cu frecventa ventriculară în jur de 75/minut; cu transmitere 5—1 cu frecvenţa ventriculară în jur de 60/minut), sau neregulat (alternare între posibilităţile descrise mai sus) Compresiunea sinusului carotidian răreşte frecvenţa ventriculară în trepte („sare" de la 150 la 100 etc) cu revenire după încetarea compresiei; în timpul compresiei sinusului carotidian undele „F" devin vizibile (ele sînt cel mai bine vizibile în D II, D III aVF=derivaţiile inferioare).

Revedeţi: etiologia, diagnosticul clinic şi electrocardiografic al flutterului atrial, tratamentul.

35. A-DA; B-NU; C-NU; D-DA; E-NU;

Fibrilaţia atrială este o tulburare de ritm supraventriculară frecvent întîlnită în practică; frecvenţa atrială evidenţiată prin prezenţa undelor „f" este de 350—600/minut, frecvenţa ventriculară este de 60—150/minut Ritmul ventricular este neregulat existînd un bloc de „protecţie" atrioventricular. Undele „f" se observă cel mai bine în derivaţiile inferioare D II, D III, aVF. Fibrilaţia atrială apare în 5% din cazuri la persoane aparent sănătoase.

Revedeţi: etiologia, diagnosticul clinic şi electrocardiografic al fibrilaţiei atriale; tratamentul.

36. A-NU; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU;

În tratamentul fibrilaţiei atriale cu frecvenţă ventriculară rapidă a un bolnav cu insuficienţă ventriculară stîngă de elecţie sînt digitalicele (digoxin, deslanosid). Propranolulul, chinidina, şi nifedipina nu sînt indicate în aceasta situaţie. Propranololul este indicat în tratamentul fibrilaţiei atriale cînd nu exista semne de insuficienţă cardiacă; chinidina este indicată în conversia chimică a fibrilaţiei cînd nu este o situaţie de urgenţă şi numai după digitalizare prealabilă. Nifedipina nu are nici o utilitate în tratamentul fibrilaţiei atriale. Alte blocante ale canalelor de calciu: ve-

Scanned with OKEN Scanner

rapamil și diltiazem se pot utiliza în tratamentul de urgență al fibrilație atriale (verapamilul numai dacă nu există insuficiență cardiacă).

Revedeți: tratamentul fibrilației atriale: clase de medicamente utilizate, mecanismele de acțiune, indicații, doze, contraindicații, profilaxia recurențelor, conversia electrică.

37. A-NU; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA.

Tahicardiile paroxistice supraventriculare pot apare atît la persoane sănătoase, cît și la persoane cu boli cardiace preexistente. Mecanismele de apariție sînt reprezentate de prezența unui focar ectopic sau existența unui circuit de reintrare (majoritatea TPS apar prin reintrare). Ritmul cardiac este perfect regulat în formele prin reintrare, frecvența cardiacă este între 140—220/minut, iar manevrele vagale (compresia sinusului carotidian, manevrele Valsalva și Miiller etc.) pot opri tahicardiile paroxistice supraventriculare, mai ales formele prin reintrare.

Revedeți: etiologia, diagnosticul clinic și electrocardiografic al tahicardiilor paroxiste supraventriculare; tratamentul lor.

38. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA.

Verapamilul și propranololul sînt contraindicate în tratamentul tahicardiilor paroxiste supraventriculare la bolnavi cu insuficiența cardiacă (dacă nu exista insuficiență cardiacă se pot administra). Manevrele vagale (compresia sinusului carotidian, manevra Valsava) și diltiazemul se pot utiliza în tratamentul tahicardiilor paroxistice supraventriculare cînd există insuficiență cardiacă (de elecție în aceste situații după aplicarea manevrelor vagale rămîn totuși preparatele digitalice).

Revedeți: în detaliu tratamentul tahicardiilor paroxistice supraventriculare; revedeți și tahicardiile ventriculare (etiologie, diagnostic clinic și electrocardiografic și tratament.)

39. A-NU; B-DA; C-NU; D-NU;E-DA.

Vasodilatatoare predominant venulare sînt nitrații organici (nitroglicerina, izosorbiddinitrat, izosorbid—5— mononitrat, pentaeritrol tetranitrat) și molsidomina. Vasodilatatoare mixte (arteriovenulare) sînt: nitroprusiatul de sodiu, inhibitorii enzimei de conversie (captopril, enalapril) și blocantele alfa-1 simpatice selective (prazosin, trimasosin, indoramin). Vasodilatatoarele arteriolare sînt: hidrazino ftalazinele (hidralazina, dihidralazina și endralazina), minoxidilul, blocantele canalelor de calciu (nifedipina, verapamil, diltiazem) și blocantele alfa simpatice (fentolamina și fenoxibenzamina).

Revedeți: medicația vasodilatoare: categorii de medicamente, indicații, doze, contraindicații, efecte adverse.

40. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA

Pentru diureticele care economisesc potasiul: spironolactona, triamteren și amilorid hiperkaliemia reprezintă efectul advers cel mai redutabil.

Scanned with OKEN Scanner

Diureticele tiazidice şi cele de ansă (furosemid) produc hipokaliemie. Administrarea diureticelor care economisesc potasiul în situaţii cu hiperkaliemie (insuficienţă renală acută, cronică, boala Addison) este foarte riscantă. De elecţie sînt în situaţii de hipokaliemie (sindrom Conn, hiperaldosteronism secundar; ciroza hepatică, sindrom nefrotic, insuficienţa cardiacă etc.)

De asemenea este utilă asocierea diureticelor care economisesc potasiul cu diuretice tiazidice sau de ansa (prin aceasta asociere se combate efectul hipokaliemiant al diureticelor tiazidice şi de ansă).

Revedeţi: medicaţia diuretică; clase de medicamente, mecanisme de acţiune, indicaţii, doze, contraindicaţii, efecte adverse, incercaţi să alcătuiţi o sinteză cu tema: tratamentul cu diuretice în hipertensiunea arterială, insuficienţa cardiacă, ciroza hepatică, glomerulonefrite acute, insuficienţa renală acută şi cronică, ciroza hepatică.

41. A-NU; B-DA; C-NU; D-NU; E-NU;

Situaţia hemodinamică prezentată cu debit cardiac mult scăzut, rezistenţa periferică mult crescută, presiunile capilară pulmonară şi în artera pulmonară uşor crescute şi presiunea în atriul drept normală corespunde unei disfuncţii ventriculare stîngi. Tratamentul de elecţie în această situaţie este medicaţia vasodilatatoare arteriolară.

Revedeţi: tratamentul cu vasodilatatoare în insuficienţa cardiacă, edemul pulmonar acut cardiogen.

42. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA;

Echografia monodimensională oferă date privind dimensiunile cavităţilor cardiace (evidenţiază mărirea atriului stîng), poate furniza date privind etiologia insuficienţei mitrale; în general nu decelează semne directe de diagnostic pentru insuficienţa mitrală (utilitatea acestei metode în diagnosticul anatomic de insuficienţă mitrală este redusă). Echografia bidimensională poate evidenţia în unele cazuri închiderea incompletă a valvelor mitrale în sistolă (semn direct de insuficienţă mitrală). Echo Doppler detectează existenţa insuficienţei mitrale şi cuantifică gradul regurgitaţiei (se poate calcula pe baza ei volumul de sînge refluat din ventriculul stîng în atriul stîng în sistolă). Valoarea cea mai mare în diagnosticul insuficienţei mitrale o deţine echo Doppler.

Revedeţi: insuficienţa mitrală: diagnostic clinic şi paraclinic.

43. A-NU; B-NU; C-DA; D-NU; E-DA;

Medicamentele de elecţie în encefalopatia hipertensivă sînt diazoxidul (doze 300 mg iv injectat în 20—30 secunde, se poate repeta după 2 ore pînă la doza zilnică totală de 900—1500 mg) şi nitroprusiatul de sodiu (în perfuzie 20—25 μg/minut se poate creşte în funcţie de efectul asupra T.A. pînă la 900 μg/minut) Celelalte medicamente nu sînt indicate. În encefalopatia hipertensivă se mai pot folosi furosemid, raunervil, labetalol, sulfat de magneziu, urapidil, nifedipină (sublingual).

Scanned with OKEN Scanner

44. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA.

Neoplaziile, policitemia vera, sindromul nefrotic şi tratamentul cu contraceptive orale constituie factori favorizanţi pentru apariţia unei tromboflebite profunde. Factorii enumeraţi acţionează în principal prin tulburări ale coagulabilităţii sîngelui.

Revedeţi: tromboflebita profundă a membrelor (etiologie, patogeneză, diagnostic).

45. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-NU.

Tromboliza medicamentoasă se realizează cu streptokinază şi urokinază. Medicamentele trombolitice pot liza trombul. Medicamentele anticoagulante (heparina şi trombostopul) nu au efect trombolitic, ci doar de prevenire a extinderii şi recurenţei procesului trombotic. Aspirina este un antiagregant plachetar şi nu are utilitate în tratamentul trombozelor profunde ale membrelor.

Revedeţi: tratamentul tromboflebitelor profunde.

46. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-DA.

Efortul fizic, tulburările de ritm, pneumoniile şi anemiile constituie factori favorizanţi pentru apariţia insuficienţei cardiace.

Revedeţi: etiologia şi factorii favorizanţi ai insuficienţei cardiace.

47. A-NU; B-NU; C-DA; D-NU; E-NU.

Administrarea calciului în oprirea cardiorespiratorie este indicată doar cînd exista hiperpotasemie sau hipocalcemie. În celelalte situaţii enumerate administrarea calciului nu este indicată (decît dacă exista hipocalcemie sau hiperpotasemie).

Revedeţi: resuscitarea cardiorespiratorie.

48. A-NU; B-NU; C-NU; D-NU; E-DA.

Endocardita cu hemoculturi negative constituie 15—30% din totalul endocarditelor; localizarea se face frecvent pe valvulele aortice, splenomegalia este mai frecventă, există afectare viscerală multiplă şi mai severă decît în formele cu hemoculturi pozitive. Mortalitatea este mai mare în formele cu hemoculturi negative şi tratamentul este mai dificil decît al formelor cu hemoculturi pozitive.

Revedeţi: endocardita infecţioasă (etiologie, patogenie, diagnostic clinic şi paraclinic, complicaţii, tratament).

49. A-DA; B-NU; C-NU; D-DA; E-DA.

Endocardita micotică este produsă cel mai frecvent de candida şi aspergillus, poartă de intrare este cea pulmonară, ocluzia embolică a arterelor membrelor inferioare este frecventă ca o complicaţie a acestei forme. Endocardita micotică poate apare după intervenţii chirurgicale pe cord. Prognosticul este foarte rezervat, evoluţia fiind de regulă spre deces.

Revedeţi: idem ca la întrebarea precedentă.

Scanned with OKEN Scanner

50-D; 51-A; 52-E; 53-F; 54-B; 55-C.

Clonidina are o acțiune alfa agonistă centrală, propranololul este un betablocant, verapamilul este blocant al canalelor de calciu, labetalolul este un blocant alfa și beta adrenergic, captoprilul este un inhibitor al enzimei de conversie iar hidralazina are acțiune vasodilatatoare directă.

Revedeți: categoriile de medicamente utilizate în tratamentul hipertensiunii arteriale, mecanismele lor de acțiune.

56-C; 57-D; 58-B; 59-A;

Spironolactona poate duce la apariția ginecomastiei, metildopa poate produce anemie hemolitică, clonidina poate produce constipație iar nefrixul hiperuricemie.

Revedeți: reacțiile adverse ale tuturor medicamentelor utilizate în tratamentul hipertensiunii arteriale.

60-C; 61-B; 62-D; 63-A.

Apariția unui accident vascular cerebral la un bolnav cu stenoză mitrală ne duce cu gîndul la natura embolică a acestuia (sancțiune terapeutică anticoagulantele). Apariția unui accident vascular cerebral la un bolnav cu hipertensiune arterială stadiul III trebuie să ridice suspiciunea hemoragiei cerebrale (strict contraindicate anticoagulantele). Una dintre complicațiile stenozei aortice o constituie sincopele de efort (apariția lor denota de regulă o stenoză aortică strînsă). Embolia pulmonară constituie o complicație a tromboflebitelor profunde.

Revedeți: complicațiile stenozei mitrale, stenozei aortice, tromboflebitelor profunde și hipertensiunii arteriale.

64-B; 65-C; 66-D; 67-A.

Revedeți tratamentul endocarditei infecțioase; antibiotice indicate în funcție de etiologie, durata tratamentului, doze utilizate

68-F; 69-C; 70-A; 71-D; 72;B; 73-E.

Electrocardiograma de la punctul (A) prezintă un bloc A-V de gradul I și aspect de T „vegetativ" Aceste modificări apar frecvent la sportivii antrenați, ca urmare a hipervagotoniei (sportivul prezentat are și o bradicardie sinusală). Acestea nu sînt modificări patologice, ci adaptive, ele dispar la un anumit interval după încetarea antrenamentului; dispar și la administrarea de parasimpaticolitice; foladon etc.)

Electrocardiograma de la punctul (B) cu extrasistole atriale pe traseu aparține candidatului la examenul de secundariat. Fumatul și emoțiile pot determina apariția de extrasistole atriale (și ventriculare). Electrocardiograma de la punctul (C) prezintă un aspect tipic de hipertrofie ventriculară stîngă (ax.QRS cu deviație la stînga, unde S adînci în precordiale drepte V_1—V_2 unde R mari în precordialele stîngi, V_4, V_5, V_6; modificări secundare de faza terminală în precordialele stîngi). Acest aspect electrocardiografic aparține bolnavului cu insuficiența aortică de etiologie luetică.

Scanned with OKEN Scanner

Electrocardiograma de la punctul (D) evidenţiază existenţa unei „leziuni" electrice şi a unei „ischemii" electrice cu localizare anteroseptală;coroborînd aspectul electric cu cel clinic, probabil este vorba despre un infarct miocardic anteroseptal. În acest tip de infarct apariţia imaginii în „oglinda" (inversă) nu este obligatorie.

Electrocardiograma de la punctul (E) relevă un aspect electric întîlnit în hiperkaliemie unde T simetrice înalte, ascuţite mai mari decît undele R care le precedă. Acest aspect aparţine bolnavului cu insuficienţa renală cronică stadiul III care nu a respectat regimul alimentar şi a consumat fructe cu conţinut bogat de potasiu (banane).

Electrocardiograma de la punctul F relevă modificări sugestive pentru o hipertrofie ventriculară dreaptă (ax. QRS la dreapta, unde R mari în precordialele drepte V_1 şi V_2 şi unde S adînci în precordialele stîngi V_5—V_6). Ea aparţine bolnavului cu bronşită cronică şi cord pulmonar cronic.

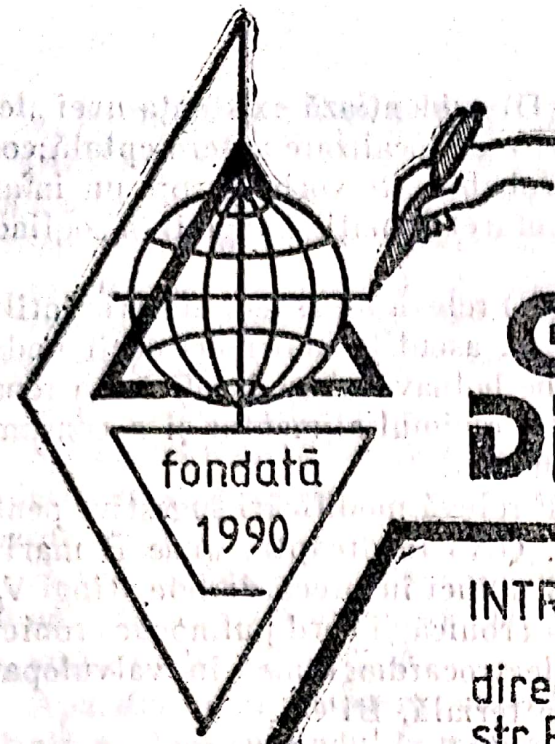
Revedeţi: sintetic modificările electrocardiogramei în valvulopatii, cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, BPOC.

BIBLIOGRAFIE

1. Tratat de Medicină Internă — sub redacţia Radu Păun — Bolile aparatului respirator — Editura Medicală — Bucureşti — 1983 (întrebarea 68).
2. Tratat de Medicină Internă — sub redacţia Radu Păun — Bolile rinichiului — Editura Medicală Bucureşti — 1987 (întrebarea 73).
3. Tratat de Medicină Internă — sub redacţia Radu Păun — Bolile cardiovasculare Partea I. Editura Medicală Bucureşti — 1988 (întrebările: 1, 21, 23, 24, 39, 40, 41, 42, 46).
4. Tratat de Medicină Internă — sub redacţia Radu Păun — Bolile *cardio*vasculare Partea II. Editura Medicală Bucureşti — 1989 (întrebările: 5, 6, 7, 8, 9, 19, 20, 22, 27, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 47, 48, 49, 60, 61, 64, 65; 66; 67; 69, 70, 72).
5. Mică Enciclopedie de Medicină Internă — sub redacţia Gheorghe Mogoş, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică Bucureşti 1986 (întrebările 4, 12, 13, 14, 28, 29, 30, 31, 43, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 63).
6. Medicina Internă — sub redacţia I. Bruckner, Editura Medicală Bucureşti 1979 (întrebările: 25, 26, 44, 45, 62).
7. Urgenţe cardiace — diagnostic şi tratament Dan-Dominic Ionescu; Cezar Macarie — Editura Militară Bucureşti 1989 (întrebările 2, 3, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 32, 71).

Scanned with OKEN Scanner

cod 6800400



PROJECT GRAPHIC DESIGN

INTREPRINDERE MICA PARTICULARA

director arh. dipl. Mircea Țibuleac
str. Rahovei bl.8 sc.B ap.26 tel.26724
2400 SIBIU • ROMANIA • EUROPE

OFERĂ SERVICII ATÎT PARTICULARILOR CÎT ȘI INSTITUȚIILOR DE STAT ÎN URMĂTOARELE DOMENII:

• PROIECTARE

LOCUINȚE – OBIECTIVE CU DESTINAȚIE TURISTICĂ – LOCALURI DE ALIMENTAȚIE PUBLICĂ – CONSTRUCȚII SOCIAL-CULTURALE ȘI COMERCIALE – LĂCAȘURI DE CULT – AMENAJĂRI INTERIOARE ȘI EXTERIOARE – RESTAURĂRI DE CLĂDIRI ȘI MONUMENTE – ETC.

• GRAPHIC-DESIGN

EMBLEME – FIRME – AFIȘE ȘI PLIANTE PUBLICITARE – GRAFICĂ DE CARTE – AMBALAJE – ETC.

• DESIGN

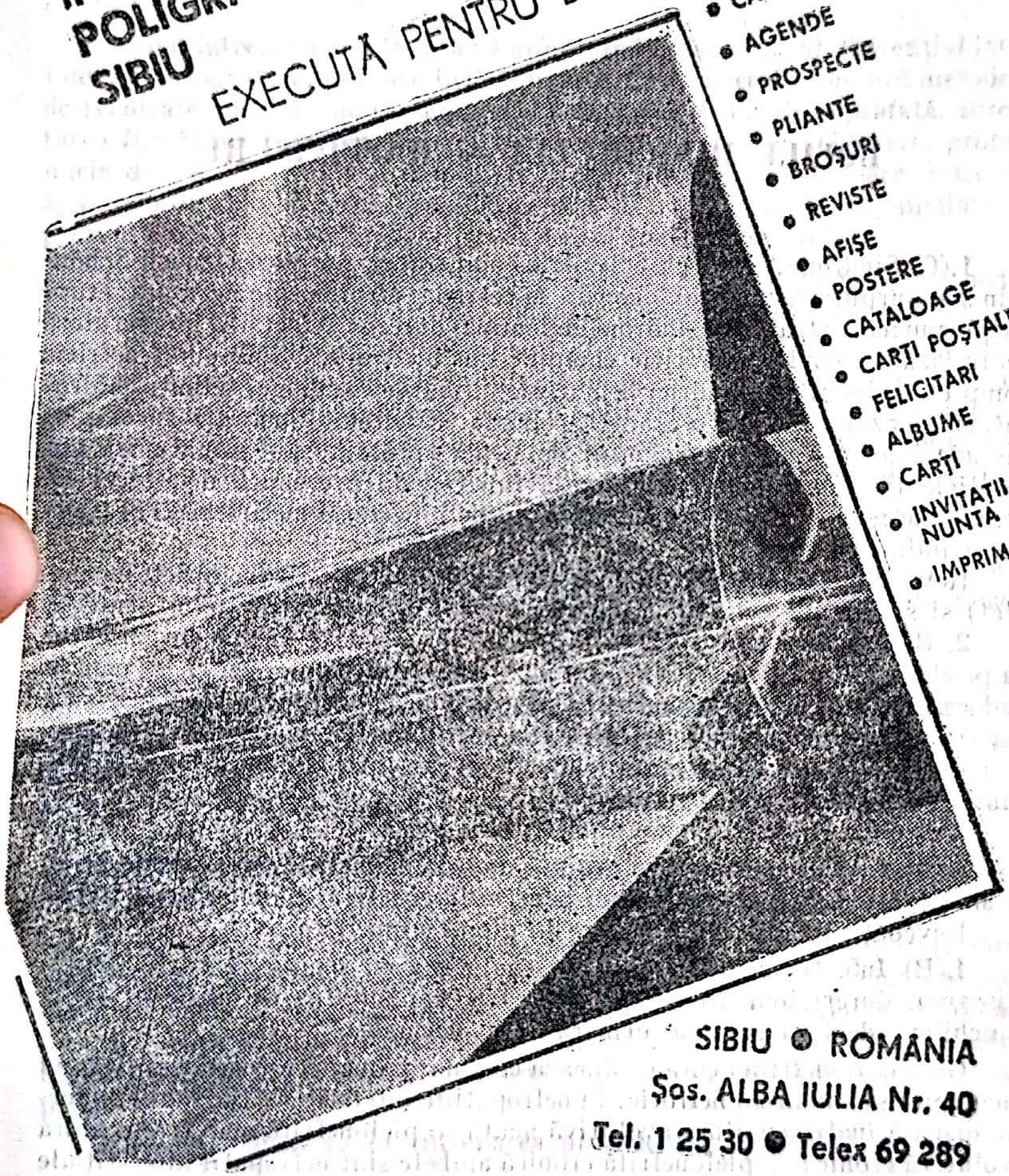
MOBILIER – FIRME SPAȚIALE ȘI SEMNALE – CORPURI DE ILUMINAT – MOBILIER URBAN – PRODUSE INDUSTRIALE – ETC.

NOTĂ: ÎNCEPÎND CU ANUL 1991 VOM REALIZA PENTRU SECTORUL COMERCIAL PARTICULAR ȘI GALERIILE DE ARTĂ CU VÎNZARE PRODUSE **UNICAT & SERIE MICĂ** DE MAROCHINĂRIE, PODOABE ȘI EVENTUAL CHIAR VESTIMENTAȚIE ȘI PRODUSE PENTRU MOBILAREA ȘI DECORAREA INTERIOARELOR.

Scanned with OKEN Scanner

INTREPRINDEREA POLIGRAFICĂ SIBIU

EXECUTĂ PENTRU DUMNEAVOASTRĂ:



- CALENDARE
- AGENDE
- PROSPECTE
- PLIANTE
- BROȘURI
- REVISTE
- AFIȘE
- POSTERE
- CATALOAGE
- CARȚI POȘTALE
- FELICITARI
- ALBUME
- CARȚI
- INVITAȚII NUNTA
- IMPRIMATE

SIBIU ● ROMÂNIA
Șos. ALBA IULIA Nr. 40
Tel. 1 25 30 ● Telex 69 289

Scanned with OKEN Scanner

BOLILE RINICHIULUI — RĂSPUNSURI

1.(C) Sindromul Henoch-Schönlein (mai corect purpura Henoch-Schönlein sau purpura reumatoidă) constă în tetrada: afectare glomerulara, erupţie purpurică, artralgii şi sindrom abdominal dureros. Afectarea glomerulară realizează un sindrom nefritic complet sau incomplet. Sindromul nefritic complet include: proteinurie, hematurie cilindrurie, edeme, retenţie hidrosalină şi azotată, hipertensiune arterială. Sindromul nefritic incomplet include anomalii ale examenului de urină (proteinurie±hematurie) sau insuficienţă renală acută (de regulă funcţională precedată de obicei de hematurie macroscopică) asociată sau nu de hipertensiune arterială şi (sau) edem pulmonar acut

Revedeţi: sindroamele glomerulare: sindromul nefritic (complet, incomplet) şi sindromul nefrotic, tabloul clinic al glomerulonefritelor acute.

2.(B) Pentru endocardita cu hemoculturi negative există dovezi certe că produce glomerulonefrită cu depunere de complexe imune, ca şi pentru endocarditele cu stafilococ auriu, endocarditele cu streptococ viridans, sifilis, şunturi ventriculo-atriale infectate, osteomielită, malarie cvarta, malarie falciparum, toxoplasmoza, rubeola cu panencefalită subacută sclerozantă, hepatita virală B, rujeolă.

Revedeţi: etiologia glomerulonefritelor acute.

3.(D) Cilindri hematici reprezintă dovada originii renale a hematuriei şi sînt consideraţi patognomonici pentru diagnosticul glomerulonefritelor.

Revedeţi: modificările urinare în glomerulonefrite.

4.(B) Infecţia urinară joasă nu evoluează cu semne generale (febră, frisoane), dureri lombare şi nu afectează capacitatea de concentrare a rinichilor (deci densitatea urinară este normală).

Glomerulonefrita acută evoluează cu sindrom nefritic acut complet sau incomplet sau sindrom nefrotic. În nefropatiile interstiţiale (de fapt şi infecţia urinară înaltă cu alura evolutivă acută = pielonefrită acută; sau alura evolutivă cronică = pielonefrită cronică ambele sînt nefropatii interstiţiale

Scanned with OKEN Scanner

infecţioase) neinfecţioase (congenitale, toxice etc) infecţia apare ca şi o complicaţie a lor

Nu există date în întrebare care să sugereze diagnosticul de nefropatie interstiţială (uz cronic de antialgice, istoric de gută etc). Litiaza renală infectată poate evolua cu tablou de pielonefrită acută sau cronică; neinfectată nu evoluează cu febră şi nu afectează capacitatea de concentrare a rinichilor.

Scopul întrebării este însă să vă orienteze în diagnosticul diferenţial între infecţia urinară joasă şi cea înaltă. Foarte utile în acest scop sînt metodele de recoltare speciale ale urinei, cercetarea anticorpilor de suprafaţă, cercetarea funcţiilor tubulare (capacitate de concentrare, de acidifiere, proteinuria de tip „tubular") şi datele radiologie (în infecţiile urinare joase nu apar modificări ale parenchimului renal). Alterarea funcţiilor tubulare în prezenţa unei infecţii urinare arată sediul înalt al acesteia.

Revedeţi: toate criteriile clinice şi paraclinice pe baza cărora se poate face diagnosticul diferenţial între infecţia urinară înaltă şi cea joasă.

5.(D) Indicaţiile hemodializei sînt clinice (hiperhidratare, oligoanurie prelungită peste 3 zile, simptomatologie uremică), biochimice: uree plasmatică >150 mg%, K plasmatic >7 mEq/1, bicarbonat plasmatic <15 mEq/1 Valorile Na urinar nu constituie criteriu pentru indicaţiile hemodializei. Toate criteriile au valoare orientativă, nu absolută. Unii bolnavi pot avea stare gravă (cu semne de edem pulmonar acut) fără ca indicii biologici să fie peste valorile orientative date.

Revedeţi: indicaţiile (care constituie de fapt şi criterii de apreciere a gravităţii unei insuficienţe renale acute) hemodializei în insuficienţa renală acută.

6.(B) În faţa unui tablou clinic alcătuit din asocierile: ulcer duodenal, dureri osoase, nefrolitiază, hipercalciurie diagnosticul de probabilitate de hiperparatiroidism se impune Biochimic exista hipercalcemie (sau normocalcemie) şi hipercalciurie. Valorile parathormonului seric sînt crescute. Hiperparatiroidismul primar constituie un factor de risc pentru apariţia litiazei renale calcice.

Revedeţi: diagnosticul litiazei renale, boli în care nefroliliaza este mai frecventă.

7.(B) Întrebarea punctează semnele radiologice ale hiperparatiroidismului primar. Existenţa ulcerului gastroduodenal, a hipercalcemiei şi (sau) hipercalciuriei, a durerilor osoase sau a unor semne radiologice osoase (resorbţie corticală subperiostală la nivelul falangelor) la un bolnav cu nefrolitiază trebuie să ridice întotdeauna suspiciunea de hiperparatiroidism primar.

Revedeţi: idem ca la întrebarea precedentă.

Scanned with OKEN Scanner

8.(C) Cel mai frecvent germene izolat în infecţiile necomplicate de tract urinar este escherichia coli. Acest germen produce 90% din aceste infecţii

Revedeţi: etiologia infecţiilor urinare.

9.(C) Germenii care secreta ureaza sînt: proteus, stapylococcus epidermidis klebsiella, pseudomonas aeruginosa şi escherichia coli. Micobacterium tuberculosis nu secretă urează. Ureaza generează amoniac care favorizează formarea de calculi amoniacomagnezieni. Aceşti calculi se formează numai în urina alcalină şi apar exclusiv la bolnavii cu obstrucţii de tract urinar.

Revedeţi: etiologia infecţiilor urinare; infecţiile cu rol în litogeneză.

10.(B) Cea mai frecventă cale de propagare a infecţiei la parenchimul renal este calea ascendentă. Calea hematogenă este mai rar întîlnită (infectarea parenchimului renal constituie metastază septică; focarul septic primar poate fi diferit: cutanat, osos, visceral etc) diagnosticul acestei forme de pielonefrită (pielonefrita acuta hematogenă) este deosebit de dificil, tabloul ei clinic fiind mascat de prezenţa mai zgomotoasă (de regulă) a bolii de bază. Existenţa căii de propagare limfatică este susţinută de dovezi experimentale.

Revedeţi: epidemiologia bacteriuriei şi a pielonefritelor.

11.(C) Semnele electrocardiografice prezentate sînt sugestive pentru hiperkaliemie. Triamterenul, diuretic din clasa celor care economisesc potasiul este strict contraindicat în această situaţie. Celelalte medicamente se pot administra. Furosemidul şi nefrixul au chiar efecte hipokaliemiante.

Revedeţi: modificările electrocardiografice din hiperkaliemie şi hipokaliemie, tratamentul lor, indicaţiile hemodializei în I.R.A. în funcţie de valorile kaliemiei.

12.(D) Bolnavul prezentat are izostenurie (densitatea urinei definitive este egală cu densitatea urinei primare: aceasta denotă alterarea profundă a funcţiilor tubulare care nu mai reuşesc să „ajusteze" urina primară) şi reducerea filtratului glomerular sub 10 ml/min., deci este o insuficienţă renală cronică în faza de uremie (stadiul IV). Numărul de nefroni intacţi este deci sub 25%. Deşi orice schematizare rigida poate fi periculoasă, reţineţi utilitatea valorilor creatininemiei şi clearence-ului creatininic precum şi ale densităţii urinare în stadializarea I.R.C.

Revedeţi: etiopatogeneza I.R.C. (teoria nefronului intact, teoria nefronului patologic şi teoria mixtă) şi stadializarea I.R.C. pe baza criteriilor clinice şi paraclinice.

13. A-DA; B-DA; C-NU; D-NU; E-NU;

Cele mai nefritigene tipuri de streptococ B hemolitic de grup A sînt 12 (răspunzător de infecţiile streptococice survenite în epidemii) şi tipul 4 (forme sporadice). Alte tipuri nefritigene sînt: 1, 17, 18, 25, 31.

Scanned with OKEN Scanner

Revedeţi: etiologia glomerulonefritei acute difuze poststreptococice — factori determinanţi şi factori favorizanţi.

14. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA.

Hematuria este elementul cel mai caracteristic pentru diagnosticul unei glomerulonefrite acute. Ea apare ca şi o consecinţă a creşterii permeabilităţii capilare şi a ruperii capilarelor; hematuria poate fi micro- sau macroscopică; în 1,4—12% ea poate lipsi (împreună cu întreg sindromul urinar) realizînd „nefrita fără nefrită". Persistenţa hematuriei peste 45 de zile indică de regulă cronicizarea.

Revedeţi: sindromul urinar în glomerulonefritele acute, semnificaţia proteinuriei şi hematuriei, criteriile pentru aprecierea vindecării sau cronicizării.

15. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU.

Criteriile histologice pentru diagnosticul glomerulonefritei acute difuze poststreptococice includ: proliferarea mezangială şi endotelială difuză, polinucleare în lumenul capilar şi prezenţa de humps-uri („cocoaşe" care apar pe versantul extern al membranei bazale glomerulare). Există o formă histologică exudativă în care predomina afluxul leucocitar bogat şi una proliferativă în care predomină proliferarea endocapilară predominant în porţiunea centrolobulară. Proliferarea extracapilară şi prezenţa de semilune nu apar în glomerulonefrita acuta difuza poststreptococică.

Revedeţi: criteriile de diagnostic histologic ale glomerulonefritelor acute.

16. A-NU; B-NU; C-DA; D-NU; E-DA;

Creşterea titrului ASLO apare în 80% din cazurile de glomerulonefrită acută difuză poststreptococică (fiind un argument important în favoarea etiologiei streptococice).

Complementul seric total şi fracţiunea C_3 sînt scăzute: scăderea se datorează utilizării lor în reacţia antigen-anticorp. Normalizarea nivelului complementului se face după o lună persistenţă nivelului scăzut indică persistenţa procesului imunologic fiind un argument pentru cronicizarea bolii. Na^+ seric şi Cl^- seric sînt crescute datorită existenţei unui dezechilibru glomerulotubular: funcţia glomerulară este redusă iar funcţiile tubulare de reabsorbţie sînt normale (se filtrează Na^+ şi Cl^- mai puţin decît normal, dar se reabsoarbe o cantitate normală). Se produce o retenţie hidrosalină care este hipersmolară (adică predomina retenţia de Na^+ şi Cl^- faţă de cea de H_2O) spre deosebire de alte boli (de exemplu în insuficienţa cardiacă există o retenţie izoosmolară sau hipoosmolară).

Revedeţi: modificările paraclinice în glomerulonefritele acute.

17. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU.

Insuficienţa renală acută ce apare ca şi o complicaţie a unei glomerulonefrite acute se poate trata cu Manitol (diuretic osmotic), furosemid (diu-

Scanned with OKEN Scanner

retic de ansă) sau hemodializă. Transplantul renal nu este indicat în faza acută a unei nefropatii glomerulare. Heparina face parte din tratamentul patogenetic al glomerulonefritelor acute, fie că sînt, fie că nu complicate cu insuficiență renală acută (deci nu vizează tratamentul I.R.A. ca atare).

Revedeți: indicațiile terapeutice în insuficiența renală acută; indicațiile hemodializei.

18. A-NU; B-NU; C-NU; D-DA; E-NU;

Pentru endocardita cu stafilococ auriu, toxoplasmoza, hepatita virală B și osteomielita exista dovezi certe (nu incerte) ce produc glomerulonefrite cu complexe imune. Pentru tuberculoza există dovezi incerte.

Revedeți: etiologia glomerulonefritelor acute.

19. A-NU; B-NU; C-DA; D-NU; E-DA.

Exsudatele și hemoragiile la examenul fundului de ochi indică o hipertensiune arterială veche și severă fiind un argument indirect care pledează împotriva unei glomerulonefrite acute. Anemia normocromă, normocitară pledează pentru un puseu acut al unei glomerulonefrite cronice (anemia insuficienței renale cronice). Densitatea urinară spontană > 1020 pledează pentru o glomerulonefrită acută (indică o funcție tubulară normală). Modificările electrocardiografice de hipertrofie ventriculară stîngă indică vechimea hipertensiunii arteriale și răsunetul ei pe cord; sînt argumente care pledează pentru un puseu acut al unei glomerulonefrite cronice. Creșterea alfa 2 globulinelor serice pledează pentru o glomerulonefrită acută.

Revedeți: diagnosticul diferențial al glomerulonefritelor acute; diagnosticul diferențial între o glomerulonefrită acută și un puseu acut al unei glomerulonefrite cronice.

20. A-DA; B-NU; C-DA; D-NU; E-DA.

În pielonefrita acută gravidică se pot administra: ampicilina, penicilinele, cefalosporinele, carbenicilina și cu rezerve nitrofurantoinul și colistinul.

Revedeți: tratamentul pielonefritelor acute, cronice și al infecțiilor urinare.

21. A-NU; B-DA; C-DA; D-NU; E-NU.

În pielonefrita acută apare pe radiografia renală simplă o creștere de volum a rinichilor iar pe urografie (se face după trecerea fazei acute pentru depistarea factorilor favorizanți ai pielonefritei) se descoperă hipotonia ureterală și caliceală cu predominanță unilaterală. Reducerea globală a dimensiunilor umbrelor renale și turtirea, neregularitatea și dilatația sistemului pielocaliceal apar în pielonefritele cronice. Hidronefroza este un semn radiologic de obstrucție; poate apare în pielonefrite acute, cronice sau în absența infecției de tract urinar.

Scanned with OKEN Scanner

Revedeţi: modificările radiologice (radiografie renală simplă, urografie) în pielonefritele acute şi cronice.

22. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-NU.

Necroza papilară (papilita necrozantă acută), complicaţie severă a pielonefritelor constînd în necroza ischemică a unei papile renale şi a medularei subiacente şi manifestată clinic prin febră, dureri lombare, hematurie macroscopică şi uneori stare de şoc apare mai frecvent la diabetici şi consumatorii cronici de analgetice.

Revedeţi: complicaţiile pielonefritelor acute.

23. A-DA; B-DA; C-DA; D-DA; E-DA.

Toate bolile enumerate pot apare ca şi complicaţii ale unei pielonefrite acute.

Revedeţi: complicaţiile pielonefritelor acute.

24. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA.

Aportul de lichide va fi de 2—2,5 l/zi ca în orice boală febrilă acută; aportul bogat de lichide realizează o diureză hidrică asigurînd spălarea mecanică a căilor urinare. Regimul hiposodat va fi indicat numai în caz de prezenţă a hipertensiunii arteriale, în rest regimul va fi normosodat sau chiar hipersodat (în nefrita care „pierde sare"). Reglarea tranzitului intestinal se va face prin purgative uşoare sau clisme; repausul la pat se va menţine pînă la afebrilitate. Căldura umedă este indicată avînd efect antialgic.

Revedeţi: tratamentul pielonefritelor acute.

25. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU.

Cei mai frecvenţi germeni întîlniţi în etiologia pielonefritelor acute hematogene (descendente) sînt: stafilococul auriu, enterococul şi pseudomonas. Germenii gram negativi obişnuiţi determină metastaze septice doar în cazurile în care-şi exacerbează virulenţa.

Revedeţi: etiologia pielonefritelor acute ascendente şi descendente

26. A-DA; B-NU; C-DA; D-NU; E-NU.

Osmolaritatea urinară $>$ 500 mOsmoli/kgH_2O şi raportul $\frac{\text{uree urinară}}{\text{uree serică}} > 10$ pledează pentru o insuficienţă renală acută funcţională.

Raportul $\frac{\text{creatinina urinară}}{\text{creatinina serică}} < 20$ şi Na^+ urinar > 40 mEq/l pledează pentru o insuficienţă renală acută organică. Valoarea K^+ seric nu intra în parametri de diagnostic diferenţial; K^+ seric face parte dintre indicatorii de gravitate ai unei I.R.A. indiferent dacă este organică sau funcţională.

Revedeţi: diagnosticul diferenţial al I.R.A. funcţionale de cea organică.

Scanned with OKEN Scanner

27. A-DA; B-NU; C-DA; D-NU; E-NU.

Acidoza metabolică și azotemia favorizează creșterea potasiului în spațiul extracelular prin ieșirea lui din celule. Acesta constituie parțial un mecanism de corectare al acidozei (iese K^+ din celule și intră Na^+ și H^+). Valoarea normală a kaliemiei în prezența unei acidoze metabolice severe traduce de fapt un deficit de K^+ și impune suplimentarea terapeutică de K^+ alături de terapia de corectare a acidozei. Neadaugarea de K^+ poate duce la stări severe de hipokaliemie de îndată ce se corectează acidoza (prin trecerea K^+ din spațiul extracelular în spațiul intracelular). Hemodializa este indicată de regula cînd K^+ seric >7mEq/l. Administrarea de glucoză și insulină favorizează intrarea K^+ în celule.

Revedeți: efectele hiperkaliemiei și hipokaliemiei asupra cordului și asupra electrocardiogramei; tratamentul hiperkaliemiei și hipokaliemiei apărute în I.R.A.

28. A-DA; B-DA; C-DA; D-DA; E-DA.

Toate metodele se pot utiliza. Hemodializa este indicată cînd K^+ seric este peste 7m Eq/l. Glucoza tamponată cu insulină favorizează migrarea K^+ în celule. Bicarbonatul de sodiu prin corectarea acidozei împiedica schimburile de ioni (ieșirea K^+ din celule și intrarea Na^+ și H^+). Sărurile de calciu combat efectele intracelulare ale potasiului (cele mai periculoase fiind efectele asupra cordului). Se mai pot utiliza diureticele de ansa și rășinile schimbătoare de ioni.

Revedeți: tratamentul hiperkaliemiei în I.R.A.

29. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-DA.

Hipercalciuria idiopatică favorizează apariția litiazei calcice. Diabetul insipid este un factor de protecție față de nefrolitiază (prin poliurie). Munca în condiții de temperatură ridicată prin deshidratare este factor de risc pentru nefrolitiază. Infecțiile urinare cu proteus favorizează apariția litiazei renale cu calculi de fosfați aminiaco-magnezieni (prin ureaza care produce cantități mari de amoniac). Acidoza renală este factor de risc pentru apariția nefrolitiazei.

Revedeți: diagnosticul litiazei renale.

30. A-DA; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA.

Acetazolamida favorizează apariția litiazei calcice (fosfat de calciu, oxalat de calciu). Acidul ascorbic favorizează apariția calculilor oxalici. Hidroxidul de aluminiu favorizează apariția calculilor calcici, iar alopurinolul apariția calculilor de xantină.

Revedeți: diagnosticul litiazei renale.

31. A-DA; B-NU; C-NU; D-DA; E-NU.

Calculii de acid uric și xantină nu sînt vizibili pe radiografia renală simplă fiind radiotransparenți. Ei pot fi diagnosticați prin urografie. Cal-

Scanned with OKEN Scanner

culii de fosfat de calciu, oxalat de calciu și cei de fosfați amoniacomagnezieni pot fi diagnosticați prin radiografia renală simplă fiind radioopaci.

Revedeți: diagnosticul paraclinic al litiazei renale.

32. A-DA; B-DA; C-DA; D-DA; E-DA.

Toate afecțiunile enumerate pot apare ca și complicații ale nefrolitiazei.

Revedeți: evoluția și complicațiile litiazei renale.

33. A-DA; B-DA; C-NU; D-NU; E-DA.

Femeile măritate au bacteriurie asimptomatică în proporție mai mare decît cele necăsătorite (indică rolul raporturilor sexuale în apariția infecțiilor de tract urinar). Graviditatea constituie un factor predispozant pentru apariția infecțiilor de tract urinar (bacteriuria asimptomatică apare la 40% dintre gravide, iar infecțiile de tract urinar la 7—15% dintre gravide). În primul an de viață bacteriuria predomină la băieți (datorită malformațiilor congenitale ale organelor urogenitale). Bărbații între 20—40 de ani au bacteriurie în proporție mai redusă decît femeile de aceeași vîrstă. Incidența bacteriuriei la bărbații peste 70 de ani crește datorită creșterii incidenței adenomului de prostată.

Revedeți: epidemiologia bacteriuriei și a pielonefritelor.

34. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA.

Rinichiul polichistic, refluxul pielocaliceal, graviditatea și nefrocalcinoza constituie factori favorizanți în apariția pielonefritei. Sexul masculin este un factor de protecție (incidența pielonefritelor este mai mare la femei) pînă la vîrsta de apariție a adenomului de prostată, cînd incidența infecțiilor de tract urinar și a pielonefritelor crește.

Revedeți: epidemiologia bacteriuriei și a pielonefritelor.

35. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU.

Glomerulonefrita acută poststreptococică, glomerulonefrita membranoproliferativă și glomerulonefrita lupică evoluează cu scăderea titrului complementului seric total.

Revedeți: diagnosticul glomerulonefritelor acute.

36. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA.

Scăderea osmolarității urinare sub 500 m Osmoli/kg H_2O, acidoza hipercloremică, creșterea natriurezei (peste valorile normale) și proteinuria de tip „tubular" (valori sub 2 g/24 ore cu predominanța gamaglobulinelor) constituie așa numitul sindrom al „insuficienței tubulointerstițiale" care în prezența bacteriuriei și leucocituriei este argument puternic în favoarea pielonefritei cronice. Sindromul „insuficienței tubulointerstițiale" apare și în nefropatiile interstițiale neinfecțioase (congenitale, metabolice, prin analgetice etc.) În pielonefrita cronică hematuria este inferioară cantitativ leucocituriei.

Revedeți: diagnosticul pielonefritelor acute și cronice.

Scanned with OKEN Scanner

37. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-NU.

În pielonefrita cronică se observă de regula reducerea globală a dimensiunilor rinichilor, conturul renal este neregulat, apar turtiri, neregularităţi şi dilataţii ale sistemului pielocaliceal; apare de asemenea cicatricea corticală asociată cu subţierea şi turtirea papilei subiacente. Hidronefroza şi hidroureterul sînt semne radiologice de obstrucţie. Criteriile radiologice sînt utile în diagnosticul diferenţial între infecţia urinară joasă (nu apar modificări ale parenchimului renal) şi infecţia urinară înaltă (modificări ale parenchimului renal) — În infecţia urinară înaltă criteriile radiologice sînt utile în diagnosticul diferenţial între pielonefrita acută şi pielonefrita cronică. Examinările radiologice pot aduce informaţii utile referitoare la factori locali favorizanţi ai unei infecţii urinare înalte (litiaza renală, tumori, rinichi polichistic, reflux vezicoureteral sau pielocaliceal etc).

Revedeţi: modificările radiologice în pielonefrita cronică.

38. A-DA; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA.

Anemia care apare în insuficienţa renală cronică este normocromă, normocitară şi se datorează următorilor factori: insuficienţa medulară (prin deficit de eritropoietină), hemolizei (liza hematiilor în circulaţie probabil datorită unor toxine uremice; hematiile bolnavilor cu IRC marcate cu Cr^{51} şi transfuzate unor bolnavi fără I.R.C au durata de viaţă normală), pierderi de sînge, tulburări în utilizarea fierului şi hiperparatiroidismului secundar. Carenţa de factori de maturaţie ai nucleului eritroblastului (vitamina B_{12} şi acid folic) nu se întîlneşte în patogeneza anemiei renale.

Revedeţi: tabloul clinic şi paraclinic al I.R.C. decompensate.

39. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-DA.

Modificările electrocardiografice descrise sugerează hipokaliemia care este o variantă mai rară în I.R.C decît hiperkaliemia. Hipokaliemia poate fi determinată iatrogen de uz de diuretice tiazidice sau de ansă, laxative, alcalinizare excesivă sau administrare abuzivă de glucoză.

Revedeţi: tulburările K^+ seric în IRC (hiperkaliemia si hipokaliemia). semnele electrocardiografice, tratamentul hiperkaliemiei şi al hipokaliemiei

40. A-DA; B-NU; C-NU; D-DA; E-DA.

În patogeneza osteopatiei renale sînt inciminate două mecanisme principale; tulburarea metabolismului vitaminei D şi hipersecreţia hormonului paratiroidian. Biochimic apar hipocalcemie hiperfosfatemie şi creşterea fosfatazelor alcaline serice în cazurile cu leziuni osoase avansate. Clinic leziunile osoase şi ale părţilor moi sînt foarte diverse. La cazul prezentat hipocalcemia, creşterea fostafazelor alcaline serice şi modificările electrocardiografice (date de hipocalcemie) sînt foarte posibile. Valoarea normală a fosfatemiei şi scăderea parathormonului seric nu sînt compatibile cu tabloul clinic prezentat.

Scanned with OKEN Scanner

Revedeţi: tulburările metabolismului fosfo-calcic în I.R.C., patogeneza modificărilor biochimice şi clinice, aspectele electrocardiografice ale hipocalcemiei.

41. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-DA.

Hiperuricemia, hipokaliemia, hiponatremia şi necroza papilară pot determina agravări ale I.R.C. la un bolnav aflat în stare de compensare. Primii trei factori sînt corectabili prin măsuri terapeutice conservatoare.

Revedeţi: evoluţia şi complicaţiile I.R.C. factorii de agravare.

42. A-NU; B-DA; C-NU; D-NU; E-NU.

Bolnavul prezintă probabil atacuri de guta (bolnav obez cu crize repetitive de artrită metatarsofalangiană a halucelui) şi are în prezent o colică renală. Litiaza urică apare mai frecvent la bolnavii cu gută. Litiaza urică presupune existenţa unui pH urinar acid: calculii sînt radiotransparenţi. Litiaza fosfocalcică presupune existenţa unui pH-urinar alcalin, calculii sînt radioopaci. Tabloul clinic se corelează cu examinările paraclinice descrise la punctul (B).

Revedeţi: diagnosticul clinic şi paraclinic al litiazei renale.

43. (C) 44(A) 45 (D) 46 (B)

În pielonefrite leucocituria este cantitativ superioară hematuriei. În plus în pielonefrita cronică densitatea urinară este scăzută şi poate apare proteinurie discretă (de tip „tubular"). Densitatea urinară scăzută şi proteinuria pot fi utile pentru a diferenţia o pielonefrită acută de una cronică.

Deci pielonefritei acute îi corespunde sedimentul urinar de la punctul (C) iar celei cronice cel de punctul (D).

În glomerulonefrite hematuria este superioară cantitativ leucocituriei şi există proteinurie. Densitatea urinară scăzută este un argument în favoarea glomerulonefritei cronice. Deci glomerulonefritei acute îi corespunde sedimentul urinar de la punctul (A) iar celei cronice cel de la punctul (B).

Aceste criterii sînt însă numai orientative. Absolutizarea lor este o mare greşeală. Reţineţi că şi în pielonefrite hematuria poate depăşi cantitativ leucocituria în anumite cazuri (migrarea unui calcul, necroza papilară). Apariţia într-o glomerulonefrită a unei leucociturii superioare hematuriei sugerează o infecţie urinară înaltă sau joasă ca o complicaţie a glomerulonefritei.

Revedeţi: criteriile de diagnostic paraclinic ale glomerulonefritei acute, pielonefritei acute, infecţiei urinare şi pielonefritei cronice.

47 — (C) 48 — (C) 49 — (D) 50 — (A) 51 — (B)

Glicozuria şi proteinuria sînt două condiţii care cresc densitatea urinară în modul următor: cu cîte 1 unitate de densitate pentru fiecare 3,3 g/l proteine eliminate sau 2,5 g/l glucoză eliminată. Deci acestor stări le corespunde urina cu densitatea cea mai mare. În asemenea cazuri se calculează întotdeauna densitatea urinară corectată care pentru bolnavul dia-

Scanned with OKEN Scanner

betic va fi $1040 - \frac{30}{2,5} = 1028$ iar pentru el cu sindrom nefrotic va fi $1040 - \frac{30}{3,3} = 1031$.

Diabetul insipid realizează o diluţie excesivă a urinei prin absenţa secreţiei hormonului antidiuretic (diabet insipid hipofizar) sau lipsa de răspuns a celulelor tubulare la hormon antidiuretic (diabet insipid nefrogen); densitatea urinară va fi în apropiere de 1000. Cistita acută nu modifică densitatea urinară fiind o infecţie urinară joasă (nu afectează capacitatea de concentrare a rinichiului).

Insuficienţei renale cronice îi corespunde urina izostenurică (urina definitivă are densitatea egală cu a urinei primare datorită insuficienţei tubulare totale). Toate aceste criterii nu sînt absolute ci relative. Şi un bolnav cu diabet zaharat sau sindrom nefrotic pot avea densităţi urinare normale sau scăzute; în aceste situaţii calcularea densităţii corectate poate da relaţii despre funcţia tubulară (exemple: pielonefrită cronică, insuficienţă renală cronică nefropatie interstiţială metabolică sau analgetică — asociate sau complicînd boala de fond: diabetul zaharat sau sindromul nefrotic.

Revedeţi sintetic modificările examenului de urină în glomerulonefritele acute, pielonefritele cronice, pielonefritele acute, infecţii urinare, litiaza renală, insifucienţa renală acută şi cronică.

BIBLIOGRAFIE

1. Tratat de Medicină Internă — Bolile rinichiului sub red. Radu Păun — Editura Medicală Bucureşti, 1987 (întrebările: 1—4; 6—10; 12—16; 18—25; 29—51).

2. Nefrologie clinică — Constantin Zosin — Editura Medicală, Bucureşti 1979 (întrebările 5; 11; 17; 26—27—28).

Scanned with OKEN Scanner

BOLILE HEMATOLOGICE — RĂSPUNSURI

1.(C) Aspectul de hipersegmentare a nucleului granulocitelor este caracteristic pentru anemiile megaloblastice (atît pentru cele prin carenţă de vitamina B_{12}, cît şi pentru cele prin carenţă de acid folic). Acest semn este important deoarece poate precede instalarea tabloului clinico-hematologic sugestiv pentru o anemie megaloblastică (deci se poate face diagnosticul precoce) şi se menţine mai mult timp după dispariţia tabloului clinic şi hematologic al acestor boli ca urmare a tratamentului corect (cînd s-a stabilit diagnosticul anterior începerii tratamentului), sau incorect (cînd se administrează vitamina B_{12} pentru tratarea unor „neurastenii" la bolnavii vîrstnici fără a se stabili un diagnostic exact). Aspectul de hipersegmentare granulocitară face parte din tabloul modificărilor megaloblastice „minore" care constau în prezenţa megaloblaştilor intermediari (pe mielogramă) şi a celulelor granulocitare gigante (peste 5 %din celulele medulare).

Revedeţi: Tabloul clinic şi hematologic al anemiilor megaloblastice.

2.(D) Rezervele de vitamină B_{12} ale organismului uman sînt de aproximativ 2000—5000 μg, depozitul principal fiind ficatul.

Revedeţi: circuitul vitaminei B_{12} în organismul uman.

3. (E) HEM (hemoglobina eritrocitară medie) în anemiile megaloblastice este cuprinsă în general între 33—38 pg., uneori chiar pînă la 50 pg.

Revedeţi: indicii eritrocitari (DEM, VEM, CHEM, HEM) în anemiile megaloblastice.

4. (C) Criza reticulocitară (creşterea numărului de reticulocite în sîngele periferic după administrarea de vitamină B_{12} la un bolnav cu anemie Biermer) atinge valori maxime între zilele 6 şi 9 de la începerea tratamentului. Criza reticulocitară este unul dintre cele mai importante criterii paraclinice de urmărire a eficacităţii tratamentului.

Revedeţi: criteriile clinice şi paraclinice de urmărire a eficacităţii tratamentului anemiei Biermer.

Scanned with OKEN Scanner

5. (E) Durata tratamentului cu vitamina B_{12} în anemia Biermer este pe întreaga perioadă a vieţii. Cea mai frecventă cauză a recidivelor este suspendarea tratamentului din iniţiativa proprie a bolnavilor.

Revedeţi: tratamentul anemiei Biermer.

6. (B) Bolnavul este asimptomatic în clinostatism, în ortostatism apar tahicardie, hipotensiune uşoară şi ameţeli. Tabloul corespunde aproximativ unei pierderi de sînge de circa 1000—1500 ml. reprezentînd 20—30% din volumul total de sînge.

Revedeţi: semnele legate de apariţia hipovolemiei la un adult tînăr, sănătos (nu absolutizaţi aceste criterii care sînt aproximative: la un bolnav tarat sau vîrstnic şocul hemoragic poate apare chiar la o pierdere mai mică de sînge decît cea estimată la bolnavul prezentat. De asemenea dacă pierderea de sînge este rapidă — minute sau 2—3 ore — şocul hemoragic se poate instala chiar la un adult tînăr sănătos).

7. (E) Dispariţia sau reducerea numărului de sideroblaşti sub 10% este un semn de mare valoare diagnostică pentru anemia feriprivă. În celelalte forme de anemii enumerate acest semn nu apare (decît dacă există şi o carenţă asociată de fier).

Revedeţi: diagnosticul paraclinic al anemiei feriprive.

8. (B), 9. (C) Necesităţile de fier ale bărbatului sînt de 5—10 mg. fier/zi, iar ale femeii de 10—20 mg. fier/zi. Femeia are necesităţi mai mari de fier din cauza pierderilor lunare de fier (prin menstre) şi pierderile ocazionale (prin sarcini, lactaţie, avorturi, sîngerări genitale).
Revedeţi: etiologia anemiei feriprive.

10. A-NU; B-NU; C-DA; D-NU; E-NU.

În anemiile megaloblastice numărul de reticulocite din sîngele periferic este în general scăzut, DEM (diametrul eritrocitar mediu) este în general între 8—9 μ sau mai mult. Din cauza macrocitozei numărul de eritrocite apare mai scăzut decît valorile corespunzătoare ale hemoglobinei şi hematocritului (spre deosebire de anemiile feriprive în care valorile hemoglobinei şi ale hematocritului sînt mai scăzute faţă de numărul de eritrocite).

Prezenţa subiecterului sau icterului şi a splenomegaliei se pot constata uneori şi în anemiile megaloblastice (mai ales în anemia Biermer) făcînd parte din tabloul clinic al acestora (dar şi al anemiilor hemolitice).

Numărul de trombocite în sîngele periferic este în general scăzut (trombocitopenie).

Revedeţi: diagnosticul clinic şi hematologic al anemiilor megaloblastice.

11. A-DA; B-NU; C-NU; D-NU; E-DA.

Hipersegmentarea granulocitară în sîngele periferic întîrzie mult timp după normalizarea morfologiei eritrocitare (ca urmare a tratamentului) permiţînd diagnosticul retrospectiv. Tratamentul (chiar corect) cu vitamina

Scanned with OKEN Scanner

B_{12} nu este capabil să influenţeze leziunile degenerative avansate de la nivelul mucoasei gastrice şi a sistemului nervos. Procesul de transformare al megaloblaştilor în normoblaşti la nivelul măduvei este aproape terminat în 2 zile de la începerea tratamentului. Tratamentul cu acid folic poate şterge semnele hematologice şi uneori agravează sindromul neurologic.

Revedeţi: tratamentul anemiilor megaloblastice.

12. A-NU; B-NU; C-NU; D-DA; E-DA; F-DA.

În anemia Biermer DEM (diametrul eritrocitar mediu) este cuprins între 8 şi 9 μ (uneori peste 9 μ. VEM (volumul eritrocitar mediu) este între 95—110μ^3 (uneori mai mult) HEM (hemoglobina eritrocitară medie) este cuprinsă între 33—38 pg (uneori mai mult). Pe frotiul din sîngele periferic se constată uneori metamielocite şi mielocite (elemente tinere); există trombocitopenie şi leucopenie.

Revedeţi: criteriile de diagnostic hematologic ale anemiei Biermer.

13. A-DA; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA.

Scăderea nivelului seric al vitaminei B_{12} sub 100 pg/ml este un criteriu foarte important pentru diagnosticarea anemiei Biermer.

Prezenţa metamielocitelor şi eritrocitelor cu punctaţii bazofile pe frotiul din sîngele periferic se pot constata uneori în anemia Biermer. Curba Price-Jones (pentru eritrocit) este largă, cu vîrful deplasat spre dreapta (ca expresie a anizocitozei). Manifestările neurologice pot îmbrăca aspectul de sindrom pseudotabetic (ataxie, abolire de reflexe), sindrom piramidal (rigiditate, hiperreflexie, clonus) sau sindrom de secţiune transversă (tulburări de sensibilitate superficială sub nivelul respectiv, pareza membrelor inferioare şi a vezicii urinare).

Revedeţi: criteriile de diagnostic hematologic şi clinic ale anemiei Biermer.

14. A-NU; B-DA; C-DA; D-NU; E-NU;

În prima oră de la declanşarea hemoragiei apare trombocitoză (cu valori pînă la 1.000.000/mm^3) şi nu trombocitopenie. Creşterea reticulocitelor în sîngele periferic atinge valorile maxime de 10—15% în 6—11 zile de la declanşarea hemoragiei; în 2—6 ore de la declanşarea hemoragiei apare leucocitoză (de 10.000—30.000/mm^3); hiperplazia eritroblastică la nivel medular apare în 3—5 zile de la debutul hemoragiei. În anemiile posthemoragice hematiile sînt în general normocrome, normocitare; apariţia unor hematii hipocrome, microcitare denotă existenţa anterioară a unui deficit de fier sau a unei anemii feriprive (preexistente episodului hemoragic).

Revedeţi: anemia posthemoragică acută.

15. A-DA; B-DA; C-DA; D-NU; E-NU.

Persistenţa hiperplachetozei şi a reticulocitozei la bolnavul prezentat sînt semne care indică menţinerea hemoragiei.

Revedeţi: anemia posthemoragică acută.

Scanned with OKEN Scanner

16. A-NU; B-DA; C-NU; D-DA; E-DA.

În anemia feriprivă (forma comună) celularitatea medulară este uşor crescută faţă de normal; eritroblaştii policromatofili şi cei oxifili sînt de dimensiuni mai mici decît cei normali (din cauza scăderii cantităţii de citoplasmă); eritroblaştii feriprivi au contururile „zdrenţuite". Există aspecte de diseritropoieză la nivelul eritroblaştilor cu cariorexis, înmuguriri nucleare, multinuclearitate şi fragmente nucleare. Nu apar megaloblaşti.

Revedeţi: criteriile hematologice de diagnostic ale anemiei feriprive

17. A-NU; B-NU; C-NU; D-NU; E-NU.

Toate semnele clinice enumerate pot apare în anemia feriprivă severă.

Revedeţi: criteriile clinice de diagnostic ale anemiei feriprive.

18. A-DA; B-NU; C-DA; D-DA; E-NU.

Gravidele, bolnavii gastrectomizaţi, donatorii de sînge şi sugarii (peste 3 luni) necesită feroterapie orală pentru profilaxia anemiei feriprive. Feroterapia orală nu este necesară (în general) la sugarii între 1—3 luni şi este contraindicată la bolnavii cu hemocromatoză.

Revedeţi: etiologia anemiei feriprive, profilaxia anemiei feriprive.

19. A-DA; B-NU; C-NU; D-NU; E-DA; F-NU.

Creşterea reticulocitelor (criza reticulocitară) apare la 5—10 zile de la începerea tratamentului, atinge 5—20% şi este cu atît mai exprimată cu cît anemia este mai severă.

Creşterea nivelului hemoglobinei cu 50% (faţă de nivelul iniţial) după 3—4 săptămîni de la începerea tratamentului este indiciul cel mai sigur al eficacităţii tratamentului; refacerea totală a indicilor hematologici se realizează în circa 2 luni. Koilonichia dispare în 3—6 luni de tratament; aclorhidria este reversibilă la tineri.

Revedeţi: tratamentul anemiei feriprive, criteriile clinice şi paraclinice de urmărire a eficacităţii tratamentului.

20. A-NU; B-DA; C-DA; D-NU; E-NU.

Cea mai importantă cauză a anemiilor feriprive este pierderea de sînge şi nu carenţa alimentară de fier. Cea mai importantă cauză a deficitului de fier la bărbaţi este pierderea de sînge pe cale digestivă (ulcer gastroduodenal, cancer gastric, hernie hiatală, hemoroizi, etc.) iar la femei pierderile pe cale genitală. Sîngerarea menstruală normală nu trebuie să depăşească 80 ml/ciclu. Pierderea a 500 ml sînge prin donare de sînge sau hemoragie duce la pierderea aproximativ 250 mg. fier. Pierderile de fier din cursul lactaţiei sînt de circa 0,5—1 mg fier pe zi.

Revedeţi etiologia anemiilor feriprive.

21. A-NU; B-DA; C-NU; D-NU; E-NU.

Ristocetina are efect toxic direct asupra plachetelor circulante. Diureticele tiazidice, alcoolul etilic şi hormonii estrogeni au efect supresiv asu-

Scanned with OKEN Scanner

pra producerii plachetelor. Paracetamolul poate duce la distrugerea imunologică a plachetelor.

Revedeți: drogurile și substanțele care au efecte trombocitopenizante.

22. A-NU; B-NU; C-DA; D-NU; E-NU.

Hemartrozele sînt foarte rare în P.T.I. (purpura trombocitopenică idiopatică), Sîngerările cutanate și cele viscerale sînt frecvente.

Revedeți: tabloul clinic al P.T.I.

23. A-DA; B-DA; C-DA; D-DA; E-DA.

Toate situațiile clinice enumerate pot duce la apariția unei anemii megaloblastice prin deficit de acid folic.

Revedeți etiologia anemiilor megaloblastice prin deficit de acid folic.

24. (C); 25. (D); 26. (B); 27. (A).

Revedeți: elementele de diagnostic de laborator ale stadiilor deficienței de fier (inclusiv datele legate de morfologia eritrocitară și prezența sau absența anemiei).

28. (B); 29. (A); 30. (C).

În anemia feriprivă numărul de trombocite, leucocite și reticulocite este în general normal; în anemiile megaloblastice există trombocitopenie, leucopenie și scăderea reticulocitelor; în anemia posthemoragică acută există trombocitoză, leucocitoză și reticulocitoză.

Revedeți: sintetic (comparativ) diagnosticul paraclinic al anemiilor feriprive, megaloblastice și posthemoragice acute.

31. (C); 32. (A); 33. (B).

Anemia feriprivă este hipocromă, microcitară, cele megaloblastice sînt macrocitare, normocrome iar anemia posthemoragică acută este normocromă, normocitară (cu excepția situațiilor cînd există un deficit de fier preexistent cînd anemia posthemoragică acută poate avea aspect hipocrom, microcitar).

Revedeți: utilitatea indicilor eritrocitari (DEM, VEM, HEM, CHEM) în definirea hipocromiei și normocromiei (aspecte care se referă la încărcarea eritrocitelor cu hemoblogină) precum și în definirea microcitozei, normocitozei și macrocitozei (aspecte care se referă la dimensiunile eritrocitelor). Încercați să realizați o schemă sintetică comparativă între cele trei tipuri de anemii (tabloul hematologic medular și periferic, indicii eritrocitari).

BIBLIOGRAFIE

Hematologie clinică sub redacția Ștefan Berceanu — Editura Medicală — București 1977 (pentru toate întrebările).

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Prefață 5

Cîteva opinii ale autorului 6

Bolile aparatului respirator — Întrebări 7

Bolile aparatului cardiovascular — Întrebări 17

Bolile rinichiului — Întrebări 30

Bolile hematologice — Întrebări 40

Bolile aparatului respirator — Răspunsuri 47

Bolile aparatului cardiovascular — Răspunsuri 56

Bolile rinichiului — Răspunsuri 70

Bolile hematologice — Răspunsuri 81

Lucrarea se adresează în principal medicilor care se pregătesc pentru examenul de secundariat. Ea urmăreşte verificarea nivelului de cunoştinţe în unele capitole de patologie medicală şi familiarizarea cu acest stil de examinare. Sînt prezentate 207 întrebări cu răspunsuri preformate.

Întrebările şi răspunsurile lămuritoare de la sfîrşitul lucrării au fost realizate pe baza bibliografiei recomandate de Ministerul Sănătăţii.

*

ÎN ATENŢIA EDITURILOR PARTICULARE!

Reţeaua de magazine CRICAN vă oferă posibilitatea comercializării produselor dumneavoastră (cărţi, reviste, agende, mape) în Oradea şi Băile Felix în condiţii avantajoase.

Telefon: 991/7 26 06; Corespondenţa C.P. 1-190, 3700 ORADEA

PREŢ — 50 LEI

Scanned with OKEN Scanner